

FACULDADE DE PSICOLOGIA

UNIVERSIDADE DE LISBOA



**A PERSONALIDADE E A VULNERABILIDADE AO ABUSO DE ÁLCOOL –
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO NUMA AMOSTRA DE AGENTES
MILITARES E POLICIAIS**

Carina Sofia Teixeira Fernandes

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicoterapia Cognitiva – Comportamental e Integrativa)

2011

FACULDADE DE PSICOLOGIA

UNIVERSIDADE DE LISBOA



**A PERSONALIDADE E A VULNERABILIDADE AO ABUSO DE ÁLCOOL –
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO NUMA AMOSTRA DE AGENTES
MILITARES E POLICIAIS**

Carina Sofia Teixeira Fernandes

Dissertação orientada pela Prof.^a Doutora Rosa Ferreira Novo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicoterapia Cognitiva – Comportamental e Integrativa)

2011

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Doutora Rosa Ferreira Novo,

agradeço pela disponibilidade, pela orientação estimulante, pelo incentivo do primeiro
ao último dia e por tudo o que me ensinou nesta difícil tarefa da investigação.

Aos meus restantes docentes da Faculdade de Psicologia,

agradeço pela partilha de conhecimentos e por todas as aprendizagens. De cada um
levo conhecimentos para a vida profissional e pessoal e motivação para continuar,
independentemente das dificuldades da profissão.

Às Ineses,

amigas e companheiras destes cinco anos e amigas para a vida (e não deixo que seja
diferente), agradeço pelos momentos que passaram e pelos que hão-de vir.

À Sofia e à Lia,

para além da amizade, agradeço o apoio e ajuda incondicionais nos últimos anos, com a
certeza de que mais projectos em conjunto virão.

À Carla,

agradeço pela caneta, simbolizando o incentivo (incansável) à escrita, pela preocupação,
e pela eterna boa disposição, mesmo em momentos em que a vida não era sorridente.

Aos meus pais e à minha irmã,

agradeço por partilharem a vida delas comigo. É difícil escrever o quanto agradeço.

Ao Artur,

agradeço por ter tornado tudo mais fácil.

RESUMO

A perturbação de abuso de álcool é uma grande ameaça à integridade dos indivíduos e das comunidades em que se inserem. Na vulnerabilidade a esta perturbação está implicada a interacção de factores de ordem individual e contextual, sendo o stress ocupacional, desencadeado pelo desempenho de uma profissão de risco, um factor influente. Há evidências de que a personalidade desempenha também um papel importante, sobretudo na etiologia desta perturbação, e vários estudos têm procurado correlacionar a vulnerabilidade ao seu desenvolvimento com variáveis específicas da personalidade. As conclusões, contudo, têm sido insuficientes para explorar novas formas de prevenção e intervenção clínicas e psicossociais (Babor, 1993).

O objectivo deste trabalho foi o de contribuir para a identificação de dimensões da personalidade associadas à vulnerabilidade à perturbação de abuso de álcool. Foram analisados perfis do MMPI-2 de 12 participantes, agentes de forças militares e policiais, referenciados com quadros de consumo abusivo de álcool. Para tal, foram considerados os resultados do inventário directamente relacionadas com a personalidade e a psicopatologia, bem como as características configuracionais dos perfis potencialmente associadas a esta vulnerabilidade.

Na análise diferenciaram-se dois tipos de perfil: um, o *perfil-tipo A*, com elevações significativas ($T > 65$) em várias escalas – perfil no seu conjunto sugestivo de perturbação de personalidade subjacente à perturbação clínica, de sofrimento psicológico intenso e de grandes dificuldades de adaptação à realidade; outro, o *perfil-tipo B*, sem indícios de perturbação de personalidade e sugestivo de estilo de resposta defensivo, vulnerabilidade emocional associada a grande controlo do sofrimento o que, no seu conjunto, aponta para um *pseudo-equilíbrio* psicológico. Os resultados obtidos são compatíveis com o modelo teórico-empírico de Cloninger e Sigvardsson (1996), onde são propostos dois tipos de Personalidade, Tipo I e II, com características similares aos *perfis-tipo* identificados no presente estudo. Verificou-se, ainda, que as escalas que tradicionalmente a literatura aponta como específicas para a detecção do potencial para consumos abusivos de álcool ou outras substâncias não se mostraram eficazes neste âmbito de avaliação clínico-laboral.

Palavras-chave: abuso de álcool, personalidade, factores de vulnerabilidade, stress ocupacional, avaliação psicológica.

ABSTRACT

The alcohol abuse disorder is a major threat to the integrity of individuals and communities. In vulnerability to develop this disorder are involved individual and contextual factors in interaction, and the occupational stress, triggered by a high risky job, is a great influent factor. There are evidences that personality plays an important role on the etiology of alcohol abuse, and several studies have attempted to correlate the development of vulnerability to this psychopathology with specific personality variables. The conclusions of these studies, however, have been insufficient to explore new ways of prevention and clinical and psychosocial intervention (Babor, 1993).

Our aim, with this study, was to contribute to the identification of personality dimensions associated with vulnerability to alcohol abuse disorder. We analyzed 12 MMPI-2 profiles of police and military officers with alcohol abuse diagnostic. To this analysis, we considered the results of the MMPI-2 directly correlated to personality and psychopathology, as well as the configurational characteristics of the profiles potentially associated with this vulnerability.

We differentiate two types of profiles: one, the *profile-type A*, with significant elevations ($T > 65$) at many scales - a profile suggestive of personality disorder underlying the clinic illness, an intense psychological distress and great difficulties in adapting to reality; another, *profile-type B*, with no signals of personality disorder and suggestive of a defensive response style, an emotional vulnerability associated with a greater control of pain, which points a psychological *pseudo-equilibrium*. The results are consistent with the theoretical and empirical model of Cloninger and Sigvardsson (1996), which proposes two types of personality, Type I and II, with characteristics similar to the *profile-types* identified in this study. The scales that are traditionally pointed by the literature to detecting the potential to alcohol or other substances abuse were not effective in this clinical-labor assessment.

Key words: alcohol abuse, personality, vulnerability, occupational stress, psychological assessment.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	2
USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS	2
FACTORES DE RISCO, DE PROTECÇÃO E VULNERABILIDADE	5
O STRESSE OCUPACIONAL E A PERTURBAÇÃO DE ABUSO DE ÁLCOOL	8
A PERSONALIDADE E A PERTURBAÇÃO DE ABUSO DE ÁLCOOL	14
A AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE EM CONTEXTO CLÍNICO-LABORAL.....	21
OBJECTIVOS	26
METODOLOGIA.....	27
PARTICIPANTES	28
INSTRUMENTOS	28
<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory - 2</i>	28
<i>Fichas de Dados Clínicos e de Dados sócio-demográficos</i>	30
PROCEDIMENTO	30
RESULTADOS	32
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE.....	32
<i>Análise Global dos Resultados do Perfis</i>	32
<i>Análise por padrões de personalidade</i>	34
DISCUSSÃO.....	42
CONCLUSÃO.....	47
REFERÊNCIAS.....	51
ANEXOS	57

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Escalas do MMPI-2 Por Categorias	29
Quadro 2. Dimensões da Personalidade Associadas à Vulnerabilidade ao Abuso de Álcool e Escalas do MMPI-2 que os Avaliam	43
Quadro 3. Resultados dos <i>Perfis-tipo</i> dos Grupos A e B e Escalas do MMPI-2 com Valor Clínico	45

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Mapa conceptual	27
<i>Figura 2.1.</i> Resultados das Escalas de Personalidade do Grupo de Participantes A	35
<i>Figura 2.2.</i> Resultados das Escalas de Personalidade do Grupo de Participantes B	35
<i>Figura 3.1.</i> Escalas de Personalidade do MMPI-2: <i>Perfis-tipo</i> dos Grupos A e B	36
<i>Figura 3.2.</i> Escalas de Validade do MMPI-2: <i>Perfis-tipo</i> dos Grupos A e B	37
<i>Figura 3.3.</i> Escalas Clínicas Base do MMPI-2: <i>Perfis-tipo</i> dos Grupos A e B	39
<i>Figura 3.4.</i> Escalas Clínicas de Conteúdo do MMPI-2: <i>Perfis-tipo</i> dos Grupos A e B	40
<i>Figura 3.5.</i> Escalas Clínicas Suplementares do MMPI-2: <i>Perfis-tipo</i> dos Grupos A e B	41

INTRODUÇÃO

As perturbações do abuso e dependência de álcool constituem uma grande ameaça para a integridade dos indivíduos, afectando igualmente a família e a comunidade em que estão inseridos. Dada a sua incidência precoce na vida dos indivíduos e elevada nas diferentes culturas, as suas consequências são nefastas. Desta forma, compreender as variáveis envolvidas na sua etologia e manutenção é uma prioridade tanto para os clínicos que tratam directamente as pessoas com estas perturbações, como para os demais profissionais da área da saúde pública (Strada & Donohue, 2004). Embora um elevado número de factores esteja implicado na etiologia do abuso de álcool, as evidências de que a personalidade é um factor importante foram amplamente exploradas durante vários anos, ao longo grande parte do século XX, objectivo que ainda hoje se mantém (Cloninger et al. (1988); Trull & Sher (1994); Sher et al (1999); Loukas, Krull, Chassin & Carle (2000); Ruiz, Pincus & Dickinson (2003); Cloninger & Sigvardson (1996) *in* Strada, Karmely & Donohue, 2006)).

Tendo em conta: a) o acima mencionado relativamente às consequências nefastas do álcool; b) o facto de as taxas de alcoolismo serem mais elevadas nas populações masculinas jovens e c) a influência nociva do stress ocupacional na vulnerabilidade para os consumos excessivos (Strada & Donohue, 2004) – então uma profissão, como as forças militares e policiais, sujeita a um elevado número de factores stressores e composta maioritariamente por jovens do sexo masculino, deve ser alvo de especial atenção no que toca ao desenvolvimento da vulnerabilidade a esta perturbação.

Muito pouco se tem publicado sobre a perturbação do abuso de álcool nesta população específica, apesar de haver fortes indícios de elevada incidência (Polich, 1981; Bray, Marsten, Herbold & Peterson, 1992).

Assim se evidencia a relevância de continuar o estudo dos factores que contribuem para a vulnerabilidade, tendo uma importância extrema em vários contextos, nomeadamente, no contexto profissional e especificamente, no contexto militar e de segurança, no qual poderá contribuir para a protecção da integridade tanto dos indivíduos que exercem profissões com elevado stress ocupacional, como das suas comunidades.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS: A EVOLUÇÃO DOS CONCEITOS

A propensão para “engenharr drogas” é tão antiga no Homem como os primeiros registos da sua actividade comportamental (Pihl, 1999), tendo sempre feito parte integrante das sociedades humanas o *uso*, o *abuso* e a *dependência de substâncias*. A terminologia no campo das perturbações aditivas permanece imprecisa e é, por isso, importante uma distinção clara destes três conceitos. Colectivamente, representam um *continuum* de severidade, no qual a *dependência* apresenta os sintomas mais severos (Strada, Karmely & Donohue, 2006).

O *uso de substâncias*, que pode, ou não, conduzir ao *abuso*, refere-se a um ou mais comportamentos do indivíduo, que não são necessariamente acompanhados de uma mudança no estilo de vida. Em contraste com o *abuso*, o *uso* estabelece a presença de efeitos potencialmente tóxicos mas não estabelece a presença de uma perturbação (Ruiz, Strain & Langrod, 2007).

De acordo com a revisão da quarta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association [APA], 2000), o *abuso de substâncias* é diagnosticado quando um dos quatro critérios apresentados seguidamente está presente, durante um período mínimo de doze meses. O primeiro critério está predominantemente associado a uma deterioração no funcionamento ocupacional e social, resultante do *uso* repetido de substâncias apesar das suas consequências negativas. O segundo critério remete para a ocorrência de comportamentos de risco resultantes do *uso* recorrente e, o terceiro, para a existência de problemas legais associados ao *uso de substâncias*, como é o caso de prisão por distúrbios sociais ou outros crimes cometidos sob o seu efeito. Finalmente, o diagnóstico de *abuso de substâncias* pode ser feito quando se verificam problemas interpessoais resultantes do *uso* repetido de substâncias.

A *dependência*, por seu turno, caracteriza-se pela exacerbação dos sintomas do *abuso* associada à dependência fisiológica, psicológica, ou ambas, à substância (DSM-IV-TR, 2000). De acordo com este sistema de classificação, são sete os critérios definidos para o diagnóstico da *dependência de substâncias*, sendo diagnosticada quando estão presentes três ou mais dos seguintes, em qualquer ocasião e no mesmo

período de doze meses: 1) tolerância, que é manifestada pela necessidade de quantidades crescentes da substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado, ou, então, manifestada pela diminuição acentuada do seu efeito; 2) abstinência, que é manifestada pelo síndrome de abstinência da substância ou pela necessidade de consumo da substância para alívio dos sintomas desta; 3) consumo em quantidades superiores, ou por um período mais longo do que o inicialmente pretendido; 4) desejo persistente ou esforços infrutíferos para diminuir ou controlar o consumo da substância; 5) dispêndio de grandes períodos de tempo em actividades necessárias à obtenção, à utilização da substância e à recuperação dos seus efeitos; 6) abandono de actividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes devido à utilização da substância; 7) consumo continuado apesar da existência de problemas persistentes ou recorrentes, físicos ou psicológicos.

Dois conceitos frequentemente empregues na abordagem desta temática, entre os quais não há uma distinção formal, são os de *dependência* e *adição*. Na falta de uma definição clara, são empregues na literatura para designar o mesmo conceito. A distinção surge na menor probabilidade de associações com conotação negativa para o termo *dependência*. Assim, a *dependência* é vista como uma condição médica, enquanto a *adição* pertence a uma visão social desta temática (Ruiz, Strain & Langrod, 2007).

Retomando aos primeiros vestígios de comportamentos aditivos, é possível encontrar na documentação de sociedades ancestrais várias referências à utilização de substâncias, tais como cogumelos, marijuana e papoilas de ópio para a indução de estados alucinogénicos. De acordo com os escritos do Código de Hamurabi, um dos mais antigos conjuntos de leis escritas já encontrados, remetentes ao ano de 2240 (a. C.), foram realizadas, já por esta altura, tentativas para regular o uso e abuso de substâncias. O abuso de álcool, por exemplo, era encarado com um problema de ordem social e foi registado como "um problema dos homens com muito tempo de lazer e com disposição preguiçosa" (cit. por Hanson, Venturelli, Fleckenstein, 2008, p. 12).

Vários indícios apontam para, pelo menos, três razões que desencadearam a utilização de substâncias aditivas pelas sociedades. A primeira prende-se com objectivos terapêuticos, já que as drogas eram utilizadas para o tratamento de perturbações tanto de nível físico como mental. Uma segunda razão está relacionada com a utilização purgativa das drogas, tendo sido e continuando a ser utilizadas por algumas sociedades como um suplemento para reverter os excessos consumidos.

Paralelamente, serviam o objectivo de causar nos indivíduos um ambiente interno desagradável, para que, assim, ficassem protegidos de maus espíritos. Finalmente, a última razão apontada na literatura está ligada ao objectivo da alteração da percepção da experiência (Pihl, 1999). Uma curiosa opinião sobre o papel das drogas na sociedade é-nos dada por Osler, um historiador médico que considera “que a única característica que distingue o homem dos restantes animais é a sua propensão para consumir drogas” (cit. por Bean, 1951, in Pihl, 1999, p. 249). Osler ficaria provavelmente impressionado com os achados de Siegal, à data de 1989, que indicam que vários etólogos comprovaram a ingestão de substâncias alucinogénicas por espécies animais, tanto para fins medicinais como recreativos (Pihl, 1999).

A influência do álcool, substância aditiva em destaque neste estudo, é clara ao longo de todo o processo de civilização e em diversas áreas sociais. Na medicina, por exemplo, o vinho mostrou-se indispensável até finais do século XIX, sendo utilizado para revigorar o corpo e o espírito, como antídoto para a tristeza e para fadiga, bem como um despertador do apetite e facilitador da digestão (Dias, 2001).

Foi a definição do termo *alcoholismo* – sugerido pelo médico Magnus Huss, em 1849 – que marcou o início das investigações sobre a problemática, desenvolvidas sobretudo a partir da Segunda Guerra Mundial. Várias foram as propostas para o definir, sem que nenhuma tenha merecido consenso geral na comunidade científica. Segundo Dias (2001), a sua definição subdivide-se actualmente em três eixos, sendo o primeiro o eixo médico, que concebe a definição estrita de doença, o segundo, o comportamental, que enfatiza a conduta associada ao abuso e à dependência; e, o terceiro, o eixo social, que se debruça na interacção entre os indivíduos com diagnóstico de abuso ou dependência de álcool e a sociedade. Foi Jellineck, com a publicação do livro *The disease concept of alcoholism* que, em 1960, introduziu pela primeira vez o conceito de *alcoholismo* como doença, privilegiando a sua repercussão pessoal e social negativa, e definindo-o como uma doença progressiva na qual, uma vez atingido o limiar de dependência, evolua num curso fixo e previsível (Dias, 2001).

O abuso de álcool, tanto a nível conceptual como de diagnóstico, adquiriu cada vez mais interesse ao longo do século XX. Em 1951, a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, WHO) definiu os alcoólicos como consumidores excessivos, que apresentam quer uma perturbação mental identificável, quer perturbações que afectam a saúde física, as relações e o bom comportamento social e económico, devendo ser submetidos, por isso, a tratamento (WHO, 1951). Nos anos 70,

o termo *alcoholismo* foi substituído por *síndrome de dependência de álcool*, o qual, pela inclusão da palavra '*dependência*' possibilitou uma definição objectiva e precisa dos fenómenos do abuso e da dependência, da habituação e da compulsão face ao álcool desprovidas de conotação moral ou social. Em 1976, a WHO adoptou este termo, numa definição que admite como elementos principais, a) a alteração de comportamento face ao álcool, b) o desejo obsessivo de álcool associado à perda de controlo sobre a ingestão e, finalmente, c) a sintomatologia de abstinência (WHO, 1977).

Foi esta progressiva evolução de conhecimentos que conduziu à noção de *alcoologia*, termo introduzido por Fouquet, em 1955, e que define uma disciplina cujo objectivo é integrar os conhecimentos provenientes de áreas científicas como a psicologia, a fisiologia, e a sociologia. Fouquet acrescentou uma ideia importante neste âmbito: referiu que o alcoólico se caracteriza pela perda de liberdade de se abster do consumo de álcool, e foi esta noção que veio a orientar as investigações em torno da personalidade do alcoólico (Dias, 2001).

Assim, só no ano de 1987 foram indicados os critérios de diagnóstico para as perturbações relacionadas com o álcool mais consensuais até à data. Foram propostos pela APA e que constam do DSM-IV-TR (2000). Os critérios de diagnóstico da dependência de álcool são semelhantes aos das várias categorias de substâncias, e foram acima apresentados.

FACTORES DE RISCO, DE PROTECÇÃO E VULNERABILIDADE

Neste trabalho propomo-nos estudar as variáveis de personalidade potencialmente influentes no desenvolvimento das perturbações relacionadas com o consumo abusivo de álcool, pelo que o primeiro passo é considerar os factores que poderão contribuir para esta vulnerabilidade. Debruçamo-nos especificamente sobre o estudo do abuso de álcool porque, dentro do *continuum* que atravessa as perturbações relacionadas com o álcool, é o abuso o primeiro nível a estabelecer a presença de uma perturbação, sendo a sua evolução a espoletar a dependência (Ruiz, Strain & Langrod, 2007).

No âmbito desta temática, considera-se factor de risco um ou vários atributos ou condições individuais, contextuais ou ambientais que aumentem a probabilidade de uso, de abuso ou de transição de nível de envolvimento com o álcool para um nível superior.

Os factores de risco não exercem a sua influência isoladamente, existindo constantemente o balanço entre eles e os factores de protecção. Define-se factor de protecção, ou protector, como um ou mais atributos ou características individuais ou, ainda, uma ou mais condições situacionais ou ambientais que reduzam a probabilidade de uso, de abuso ou de transição de nível de envolvimento com o álcool para um superior (Clyton, 1993).

A vulnerabilidade para escalar o *continuum*, que atravessa o percurso entre o uso e a dependência refere-se à observação de que o indivíduo está em risco para se envolver no consumo inicial de álcool, bem como para fazer a transição entre o uso, o abuso e a dependência de álcool (Glantz & Pickens, 1993).

Dizemos que um indivíduo está em risco para o abuso de álcool quando os factores de risco exercem um peso superior aos factores de protecção – quando possui e está envolvido por condições que, em associação, criam propensão para uso ou abuso de álcool.

Há quatro pressupostos que devem ser considerados quando se estudam factores de risco e de protecção no âmbito desta temática. Em primeiro lugar, um único factor de risco ou de protecção pode originar variados resultados. Em segundo lugar, muitos factores de risco ou de protecção podem ter impacto num único resultado. Em terceiro lugar, o abuso de álcool, por si só, pode ter um impacto determinante nos factores de risco e de protecção. Finalmente, a relação entre factores de risco e de protecção, entre si e na transição das perturbações relacionadas com o consumo de álcool, pode ser influenciado significativamente por normas adquiridas com a maturidade.

Na literatura encontram-se, pelo menos, duas formas pelas quais os factores de risco e de protecção para os consumos abusivos de substâncias são estudados. A abordagem mais simples tem sido identificar os “*tipos de pessoas*” que, por causa das suas características ou condições que as envolvem, são considerados com maior risco para o abuso. A segunda abordagem, mais complexa, é baseada numa orientação dinâmica, multidimensional e multivariada, que agrega variáveis individuais, e situacionais e, a um nível macro, variáveis contextuais (Clyton, 1993). No presente trabalho, embora reconhecida esta agregação complexa de variáveis, o destaque vai ser atribuído às variáveis de nível individual, nomeadamente os factores relacionados com variáveis de personalidade.

Existem três grupos de investigadores que se destacam nas pesquisas sobre os factores de risco e de protecção para a vulnerabilidade ao abuso de álcool (Bry,

McKeon, & Pandina, 1982; Labouvie, Pandina, White & Johnson, 1986 (*in* Clyton, 1993) e Newcomb, Maddahian & Bentler, 1986), e que elaboraram uma lista similar de factores de risco para a vulnerabilidade ao abuso de álcool. Bry, McKeon, & Pandina, (1982) estabeleceram os seguintes factores: a) baixo nível de conformismo, b) procura de sensações, c) percepção de disponibilidade e d) percepção das normas para abuso de substâncias. Newcomb, Maddahian & Bentler, (1986) acrescentaram a estes factores como: a) resultados académicos, b) ausência de crenças religiosas, c) presença de psicopatologia, d) relações familiares emocionalmente distantes, e) uso precoce de álcool precoce e, finalmente f) baixa auto-estima. Labouvie, Pandina, White & Johnson, (1986) organizaram uma lista factores de risco específicos, inseridos em quatro domínios gerais: a) o domínio de factores de risco psicológicos (onde inserem a baixa auto-estima, a auto-anulação, as explosões emocionais e a impulsividade); b) o domínio de factores de risco parentais (nos quais se insere o controlo parental hostil); c) o domínio de factores de risco académicos (baixo desempenho académico, aspirações educacionais baixas e a baixa orientação para a realização profissional). Finalmente apresentam-nos d) o domínio de factores de risco relacionados com o grupo social onde se inserem os amigos com conduta desviante, assim como a prática de actividades negativas com os pares. Hawkins & Catalano (1989, *in* Clyton, 1993) procuraram também identificar os factores de risco e de protecção para o abuso de substâncias por parte de jovens. Identificaram alguns dos factores citados e adicionaram, ainda, a) o domínio de factores contextuais que interagem com os factores de nível individual de forma determinante (leis, normas sociais, disponibilidade das substâncias, privação económica, meio social desorganizado e baixos resultados académicos); b) domínio de factores neuropsicológicos (tais como a perturbação do défice de atenção com hiperactividade, défices cognitivos derivados de deterioração, o nível de inteligência e desequilíbrios hormonais) e, finalmente, c) transmissões culturais intergeracionais (viver com pais e irmãos que abusam de álcool e outras drogas).

É possível encontrar outras abordagens para a categorização destes factores. A diferença entre elas, todavia, esbate-se pela consideração dos seguintes princípios: a) os factores de risco podem estar ou não presentes e, quando estão, tal significa que existe uma maior probabilidade de abuso de substâncias; b) a mera presença de um factor de risco não garante a ocorrência de abuso de substâncias. Paralelamente, a ausência de factores de risco não garante que o abuso de substâncias não irá ocorrer e o mesmo se verifica, no sentido inverso, para os factores de protecção. O abuso de substâncias

resulta de muitos factores e ocorre numa base probabilística, não absoluta; c) o número de factores de risco presentes está directamente relacionado com a probabilidade de abuso de substâncias, embora o seu peso possa ser encoberto pela natureza dos factores, pelo contexto e pelo número de factores protectores; d) muitos factores de risco e de protecção têm múltiplas dimensões avaliáveis, cada uma das quais com uma influência independente, mas todas com influencia no abuso de substâncias. Finalmente, e) uma intervenção directa é possível no caso de alguns factores de risco, podendo conduzir à eliminação ou redução da sua influência. Para outros factores, contudo, uma intervenção directa é impossível, sendo a principal necessidade, nestes casos, amortecer a sua influência (Clayton, 1993). É na constatação deste último princípio que surge um dos argumentos para o estudo das variáveis de personalidade que se poderão constituir como factores de risco, e aumentar a vulnerabilidade ao abuso de álcool. Como são factores com possibilidade de intervenção directa e indirecta, é de toda a importância reconhecê-los, para possibilitar e desenvolver intervenções eficazes.

O STRESSE OCUPACIONAL E A PERTURBAÇÃO DE ABUSO DE ÁLCOOL

O stresse também foi identificado como um factor de risco ao abuso de álcool (Babor, 1993). O conceito de stresse foi introduzido na comunidade científica por Walter Cannon, em 1920 (Thomas, & Davies, 2004), que propôs que um organismo estabelece um nível para o seu funcionamento e que, quando as condições envolventes se desviam desse nível, o organismo entra num processo denominado de *alostase*, no qual se produz uma mudança para alcançar o seu nível ideal. Este nível é conhecido como *homeostase*.

Foi Hans Selye, em 1930, que, com a noção da Síndrome de Adaptação Geral (GAS), tentou ligar a biologia com a psicologia no âmbito do estudo do stresse. Defendia a noção de que, perante um estímulo *stressor*, o organismo era responsável por determinados ajustes na sua condição normal, a nível fisiológico e mental. (Thomas, & Davies, 2004). Segundo esta noção, estes ajustes causariam no organismo propensão para várias perturbações.

Esta teoria não é aceite actualmente. Segundo Sapolsky (1998, *in* Thomas, & Davies, 2004) não é apenas o comportamento de responder ao factor *stressor* que tem a

capacidade de esgotar o organismo. Com a activação suficiente, a resposta ao stress, por si só, pode tornar-se perigosa. O organismo humano parece, desta forma, ter um sistema muito bom para lidar com o perigo imediato. Todavia, se o perigo for repetido continuamente, dia após dia, este mesmo sistema pode torná-lo perturbado.

Beehr (1998) apresentou um modelo explicativo do stress aplicado ao local de trabalho, designado como stress ocupacional. Segundo este modelo, as características situacionais, as pessoais e a duração de exposição do factor stressor vão contribuir, conjuntamente, para os processos psicológicos e físicos, os quais, por sua vez, serão responsáveis por causar tensão no indivíduo. Surgem, então, as estratégias de *coping* e de adaptação que lidam com a tensão sentida que, quando ineficazes, podem culminar em stress ocupacional.

Características situacionais incluem aspectos do ambiente que não causam stress, por si só, mas que podem moderar os efeitos de factores stressores. As características pessoais incluem a personalidade e factores específicos relacionados com o trabalho, como o treino ou a experiência pessoal. Adicionalmente, um ajuste fraco entre o indivíduo ao seu emprego pode resultar em stress, o qual poderá surgir sob efeitos psicológicos, como a ansiedade e a depressão, sob efeitos fisiológicos, que incluem o aumento da hipertensão e da secreção de cortisol e, finalmente, sob manifestações comportamentais. Esta última forma de manifestação do stress está ainda pouco estudada devido à sua difícil avaliação. Beehr (1998) define-a como a resposta comportamental ao stress, faltando-lhe, ainda assim, uma operacionalização. A duração da experiência dos factores stressores é importante, visto que, quanto mais tempo o indivíduo lhes estiver exposto, maior será o impacto que eles vão ter. Abre-se uma excepção para episódios traumáticos, nos quais uma breve exposição basta para desencadear a resposta de stress. A adaptação e o *coping* são os últimos componentes deste modelo, e são respostas ou acções que têm como objectivo corrigir problemas desencadeados pelos factores stressores, pela tensão por eles provocada ou pelos resultados profissionais.

De acordo com este modelo, o stress ocupacional deve ser visto na relação com o ambiente social, com o ambiente físico do trabalho e com a natureza do próprio trabalho. São os processos físicos e psicológicos, juntamente com as tensões pessoais e as estratégias de *coping* e adaptação que contribuem para os resultados profissionais (Thomas, & Davies, 2004).

Roman e Blum (2002), com base numa revisão de literatura sobre os consumos excessivos e o local de trabalho, chegaram a uma conclusão, já consensual na comunidade científica, de que o nível stresse sofrido nos postos de trabalho está correlacionado com as taxas de consumo de álcool. O stresse ocupacional é, assim, um factor amplamente relacionado com a vulnerabilidade para o abuso de substâncias, sendo frequentemente referido por pacientes com diagnósticos de abuso e dependência de substâncias, nomeadamente de álcool.

Este stresse é geralmente derivado de eventos ou condições no ambiente do indivíduo, os quais se manifestam por reacções (psicológicas, fisiológicas, ou comportamentais) agudas, muitas vezes potenciando mudanças a longo prazo no desenvolvimento do sistema nervoso central (SNC). Os indivíduos procuram um escape a estas alterações, o qual pode ser fornecido por substâncias que promovem no SNC a alteração inversa ao stresse.

Continuaram, então, a ser investigados os factores desencadeadores de stresse ocupacional que poderão aumentar a propensão para o abuso de substâncias, especificamente de álcool.

A presença de outras perturbações psicológicas têm sido igualmente relacionada com uma exacerbação do consumo de álcool no meio laboral (Richman, Shinsako, Rospenda, Flaherty, & Freels, 2002). Desta forma, o álcool pode ser muitas vezes utilizado para aliviar os sintomas de outras perturbações ou, até, os sintomas dos consumos de outras substâncias. Dentro destas perturbações, destacam-se as perturbações de humor, de ansiedade, as psicoses e a perturbação da personalidade anti-social.

Outros factores stressores encontrados incluem o assédio sexual e abuso generalizado. Enquanto o assédio sexual se refere a avanços sexuais indesejados, tais como pedidos de favores sexuais, o abuso generalizado envolve (mas não se limita a), actos de humilhação cometidos contra os trabalhadores, como ameaças, abusos verbais e inferiorização (Richman, Shinsako, Rospenda, Flaherty, & Freels, 2002).

Verificou-se que a insatisfação com o trabalho está relacionada com o aumento do consumo de álcool, e que o seu abuso é maior entre indivíduos com funções mais simples do que em indivíduos com funções mais complexas. Além disso, indivíduos com capacidades cognitivas inferiores às que são exigidas pelas suas profissões têm taxas de consumo de álcool mais elevadas do que indivíduos com mais capacidades cognitivas e com trabalhos são mais complexos. Os homens com profissões que exigem

mais esforço psicológico apresentam vinte e sete vezes mais vulnerabilidade para desenvolver uma perturbação relacionada com o abuso de substâncias do que homens que têm empregos com exigências psicológicas mais baixas (Thomas, & Davies, 2004).

O género tem sido demonstrado como influente na forma como os factores de stress acima mencionados culminam no consumo de álcool e, por conseguinte, as mulheres apresentam um risco similar aos homens de se envolverem em perturbações relacionadas com o abuso de substâncias, tanto em profissões com elevado grau de exigência psicológica, como em profissões com um grau baixo de exigências psicológicas (Thomas, & Davies, 2004).

O abuso de substâncias afecta aproximadamente cento e vinte e cinco milhões de indivíduos (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, [SAMHSA, 2002], *in* Strada & Donohue, 2004), estando com ele associado o aumento das taxas de mortalidade, a deterioração da saúde física e mental, aos conflitos sociais e, ainda, variados problemas económicos (Strada & Donohue, 2004). Schneider, Casey & Kohn (2000), demonstram que o abuso de álcool tem um maior impacto económico na sociedade que o abuso de todas as outras drogas em conjunto, sendo estimadas perdas de 165 biliões de dólares anuais.

O álcool é a substância cujo abuso é mais prevalentemente verificado nos locais de trabalho, com uma taxa aproximada de 5%. Segundo os dados da SAMHSA (1999), a maioria dos consumidores de álcool têm pelo menos dezoito anos e estão empregados a *full* ou a *part-time*. Sabe-se, ainda, que o abuso de álcool é responsável pela maioria dos acidentes laborais inexplicados.

Desta forma, tem vindo a aumentar a preocupação e a sensibilização relativamente à presença de abuso de álcool, bem de abuso de outras substâncias, nos locais de trabalho nas últimas décadas. O álcool é uma das substâncias mais investigadas pela comunidade científica no âmbito laboral, com o objectivo de examinar as suas manifestações e consequências, com peso ampliado neste campo (Guppy & Marsden, 2003).

Os sinais de intoxicação por abuso de substâncias variam de acordo com o tipo de substância. É possível distinguir as substâncias depressoras do SNC, que reduzem a sua actividade e em cuja categoria está inserido o álcool, das substâncias estimulantes, que aumentam a actividade do SNC e das quais são exemplo as anfetaminas ou a cocaína. Estas duas categorias distinguem-se ainda de uma terceira, a das substâncias

alucinogénicas, como o ecstasy, que provocam uma alteração do estado de consciência e de percepção da realidade (Stahl, 2000).

O álcool tem efeitos amnésicos, anestésicos, hipnóticos e ansiolíticos, e partilha com as restantes substâncias depressoras um conjunto de sintomas. Deste conjunto consta a lentificação e descoordenação das funções motoras corporais que resulta numa perda de equilíbrio causada pela articulação pobre dos membros, a dificuldade da articulação do discurso, de concentração e de capacidade de julgamento. Sinais mais específicos incluem olhos baços e odor excessivo a álcool (Stahl, 2000).

É possível distinguir duas abordagens ao estudo dos efeitos do álcool no meio laboral.

A primeira abordagem agrupou as consequências do abuso de álcool em quatro categorias. A categoria *consequências económicas* refere-se às perdas económicas relacionadas com o abuso de álcool, entre as quais encontramos as baixas ou faltas laborais derivadas da recuperação de indisposições de estados de embriaguez ou de doenças relacionadas com o consumo abusivo de álcool. A segunda categoria, *consequências sociais e de saúde*, inclui a forma como os hábitos de abuso de álcool dos trabalhadores têm impacto no ambiente que partilham com os outros, por exemplo, diminuindo a auto-estima destes trabalhadores, a satisfação com o trabalho e com os seus resultados, a motivação para continuar a trabalhar e aumentando os conflitos gerados com colegas de trabalho e familiares. A terceira categoria, *consequências na taxa de mortalidade*, inclui mortes prematuras derivadas de doenças desencadeadas pelo consumo excessivo de álcool ou de acidentes laborais ocorridos sob o efeito de álcool. As maiores taxas de prejuízo encontram-se na última categoria, *respostas legais ao uso e abuso de álcool*, cujas consequências estão associadas a acidentes de trabalho causados por empregados alcoolizados durante o horário laboral (Holder & Cunningham, 1992).

A segunda abordagem ao estudo dos efeitos do álcool no meio laboral (Garcia, 1996) divide as consequências do abuso de álcool em três domínios específicos relacionados com a produtividade. Segundo este autor, o baixo desempenho laboral é caracterizado por mudanças no desempenho dos trabalhadores que resultam na *diminuição da produtividade*, pelo aumento dos *erros laborais* como, por exemplo, incapacidade de seguir instruções ou, até, esquece-las e, finalmente, pelo *aumento de problemas disciplinares* com os trabalhadores.

Até aqui temos vindo a referir factores de risco que poderão contribuir, no seu conjunto, para um aumento da vulnerabilidade ao desenvolvimento de abuso de álcool. Debruçamo-nos atentamente sob o papel que o stress ocupacional pode exercer nesta vulnerabilidade por ser um factor stressor ao qual a população em estudo neste trabalho está frequentemente exposta.

Os agentes policiais e militares encaram constantemente situações potencialmente traumáticas, as quais poderão ter um efeito nefasto no seu bem-estar físico e emocional. Em função das mudanças que se observam na sociedade, são, cada vez mais, impostos aos agentes militares e policiais novos e desconhecidos perigos. É-lhes, ainda, exigido, por um lado, estar à altura de os encarar e, por outro, ter uma capacidade de julgamento infalível, mesmo face a situações de risco extremo (Ortega, Brenner & Leather, 2006).

Além disto, os agentes têm, ainda, de saber lidar com ambientes de trabalho hostis, confiar no suporte, muitas vezes insuficiente, dos colegas de trabalho com quem são obrigados a trabalhar em equipa, trabalhar numa organização excessivamente burocrática e, ainda, gerir uma cultura hierárquica, a par das relações familiares e sociais. (Ortega, Brenner & Leather, 2006).

É o conjunto destes factores, de natureza fortemente stressante, que os torna, na ausência de estratégias de *coping* e de adaptação eficazes, fortemente vulneráveis ao abuso de álcool.

Segundo Bartol & Bartol (2004, *in* Agolla, 2009), as reacções ao stress ocupacional mais frequentemente apresentadas pelos agentes militares e policiais podem dividir-se em fisiológicas, emocionais e comportamentais. De entre as reacções fisiológicas destacam-se problemas de saúde relacionados com sintomas gastrointestinais, aumento da tensão, enxaquecas e, em casos extremos, maior probabilidade de morte precoce por complicações de saúde ou ataque cardíaco. As reacções emocionais traduzem-se frequentemente em sintomas depressivos, que poderão conduzir a ideação, tentativa e consumação do suicídio, e, ainda, no diagnóstico de perturbação do stress pós-traumático. É nas reacções comportamentais que vimos encontrar o foco do nosso trabalho, sendo frequente encontrar comportamentos de abuso e dependência de álcool, bem como outras drogas em agentes (Sigler & Thweatt, 1997; Davey et al., 2001). Estes comportamentos surgem a par de outros como a violência, o isolamento, envolvimento pobre com o cargo e com o

trabalho, aumento dos erros derivados de pobre capacidade de julgamento, irresponsabilidade e despedimento os serviços policiais e militares (Agolla, 2009).

A PERSONALIDADE E A PERTURBAÇÃO DE ABUSO DE ÁLCOOL

Vimos, anteriormente, que é possível uma intervenção directa sobre alguns factores de risco que poderão conduzir ao desenvolvimento da vulnerabilidade ao abuso de álcool, reduzindo ou eliminando, assim, a sua influência. Para outros, contudo, uma intervenção directa eficaz é impossível, sendo a principal necessidade, nestes casos, amortecer a sua influência (Clayton, 1993).

Contudo, antes de estabelecer a possibilidade de uma intervenção directa sobre a vulnerabilidade, determinar a própria vulnerabilidade para os comportamentos relacionados com o consumo abusivo de álcool é o primeiro passo para possibilitar a sua intervenção e prevenção (Glantz & Pickens, 1993). No caso do stress ocupacional, são bem conhecidos quais os factores nos quais se pode intervir directamente. Neste sentido, identificar as variáveis de personalidade associadas ao aumento da vulnerabilidade para o envolvimento com comportamentos abusivos de álcool é também central. Compreender o peso que estas variáveis exercem é essencial para alcançar e adaptar metodologias de avaliação progressivamente mais precisas, e que potenciam uma intervenção eficaz.

Esta conclusão é apoiada pelo facto de, durante as duas últimas décadas, psicólogos da personalidade terem feito avanços significativos na identificação de muitas consequências sociais resultantes das características que definem individualidade psicológica de cada indivíduo. A investigação científica tem apoiado a validade de uma ampla gama de variáveis de personalidade e de traços disposicionais, reunidos no modelo dos cinco factores (McCrae & Costa, 1997), responsáveis por motivar objectivos, valores e esquemas que caracterizam as teorias sócio-cognitivas da personalidade.

Está, actualmente, bem estabelecido que as variáveis de personalidade são preditivas do comportamento, principalmente quando este é agregado a situações e momentos específicos. Sabe-se, igualmente, que a personalidade tem algum valor preditivo relativamente a aspectos importantes da vida, tais como a qualidade das relações pessoais, a adaptação aos desafios da vida, o sucesso profissional, o

envolvimento na sociedade, a felicidade, saúde e mortalidade (McAdams & Olson, 2010).

Ao longo dos últimos cinquenta anos, centenas de estudos têm procurado a correlação entre a personalidade e as perturbações de consumos abusivos de álcool. Muitos deles foram realizados na tentativa de investigar a, até à data, conhecida como *personalidade alcoólica*, e que estaria por detrás dos comportamentos de abuso e dependência de álcool. Na primeira e na segunda edições do DSM (APA, 1952 e APA, 1968), as perturbações do abuso de álcool foram consideradas uma forma de perturbação da personalidade (Sher, Trull, Bartholow & Vieth, 1999). Desta forma, já por esta altura se acreditava que os traços de personalidade funcionariam como um componente nuclear na etiologia desta perturbação. O diagnóstico de abuso e dependência de álcool foi agrupado com os desvios sexuais (presentemente designados de parafilias), bem como com os comportamentos anti-sociais e dissociais (comportamentos actualmente reunidos no diagnóstico de perturbação anti-social da personalidade) no diagnóstico de *perturbação sociopática da personalidade* (Nathan, Skinstad, Langenbucher, 1999). Nos anos 50 importantes revisões da literatura serviram para levantar questões pertinentes sobre a existência efectiva de uma *personalidade alcoólica*, a qual foi posta de parte nos anos 60, altura em que o movimento comportamentalista colocou em causa a influência da personalidade no comportamento e, por conseguinte, também nos comportamento relacionados com o abuso de álcool. Assim aumentou a tendência para negligenciar a influência das variáveis da personalidade nesta perturbação.

Esta perspectiva mudou no início dos anos 70, com a publicação de estudos longitudinais que documentavam a existência de diferentes personalidades em indivíduos com tendência para desenvolver perturbações de abuso de álcool (Sher, Trull, Bartholow & Vieth, 1999).

Estes estudos tiveram repercussões nos anos 80, altura em que começaram a ser usadas medidas de personalidade na distinção de *alcoólicos clínicos* (indivíduos que procuravam tratamento para o álcool ou que preenchiam os critérios de diagnóstico para o abuso ou dependência de álcool) dos grupos de controlo. Apesar da reorganização das investigações feitas neste âmbito ter sido infrutífera para a definição de uma constelação única de traços de personalidade presente em indivíduos com abuso ou dependência de álcool, a conclusão mais importante foi a da efectiva existência de traços específicos que diferenciavam os *alcoólicos clínicos*. Paralelamente, verificou-se

que estes traços não eram necessariamente os mesmos que distinguíam os *pré-alcoólicos* (indivíduos *não-alcoólicos* que vieram mais tarde a preencher os critérios de diagnóstico do abuso ou dependência de álcool) dos grupos de controlo (Sher, Trull, Bartholow & Vieth, 1999).

Já em meados dos anos 80 a personalidade voltou a tornar-se o maior foco de investigações no âmbito do abuso de álcool. Embora as pesquisas continuassem a indicar que os *alcoólicos clínicos* e *pré-alcoólicos* poderiam ser distinguidos entre si, e dos respectivos grupos de controlo, por um elevado número traços, não parecia existir uma organização específica da personalidade que caracterizasse cada um dos grupos (Sher, Trull, Bartholow & Vieth, 1999).

Das pesquisas focadas na relação entre o álcool e as variáveis de personalidade têm surgido muitos modelos que abordam esta relação de maneiras distintas.

Em primeiro lugar, há modelos que posicionam a personalidade como um factor predisponente ou de manutenção, em que os traços de personalidade constituem factores de risco para o abuso de álcool. Dentro destes modelos, há três formas de interpretar a personalidade como um factor de risco: a) em primeiro lugar, traços de personalidade, tais como a procura de sensações e experiências, e a regulação negativa de afecto, podem, por exemplo, fornecer uma base motivacional para o consumo de álcool; b) alternativamente, traços de personalidade, como o défice na inibição dos impulsos, podem influenciar a probabilidade de um indivíduo que já consome álcool a aumentar o seu nível de consumo, apesar das suas consequências negativas; c) uma terceira abordagem defende que os traços de personalidade contribuem para o desenvolvimento de consequências específicas relacionadas com o álcool, como é o caso da agressividade relacionada com o consumo abusivo de álcool em alguém que já o consome e que tem predisposição para a agressividade.

Em segundo lugar, podemos encontrar modelos que vêem as características de personalidade como resultados do abuso de álcool. Tais modelos assumem que as consequências biológicas e psicossociais do abuso de álcool resultam directa ou indirectamente em mudanças da personalidade.

No âmbito de modelos interaccionistas, em terceiro lugar, poderemos considerar relações em ambos os sentidos: a personalidade pode constituir-se como um factor de risco para o abuso de álcool, aumentando a vulnerabilidade a esta psicopatologia, enquanto a manutenção/cristalização destes consumos tem implicações nos traços de personalidade do indivíduo (Sher, Trull, Bartholow & Vieth, 1999). É dentro destes

modelos que Edwards, (1986) baseado nos trabalhos que realizou com os seus colaboradores (Edwards & Gross, 1976; Edwards, Gross, Keller & Moser, 1976; Edwards e tal., 1981) propôs um modelo teórico que, apesar de antigo, fornece um conjunto de postulados e mecanismos explicativos da perturbação de dependência alcoólica. De acordo com Edwards (1986), a etiologia do abuso e a dependência ocorre com a convergência de três eixos que representam os factores psicológicos, comportamentais e fisiológicos. Representados nestes três eixos encontram-se os factores de risco e de protecção de nível multivariado acima referidos. Estes eixos interligam-se por mecanismos de aprendizagem (reforços positivos e negativos resultantes do consumo de álcool) e por processos neurobiológicos. Todos estes factores se evoluem progressivamente na travessia que percorre o *continuum* entre o uso e a dependência de álcool. Estes três eixos são ainda influenciados por factores externos, como pistas sociais e os eventos de vida stressantes (Babor, 1993). Neste modelo, a personalidade é apresentada como um importante factor de ordem psicológica.

Um aspecto essencial no estudo da correlação entre as variáveis da personalidade e o abuso de álcool é a definição de personalidade empregue. Hall e Lindzey (1975, *in* Kline, 1993) defendiam que existem tantas definições para o termo *personalidade* como investigadores sobre personalidade em psicologia. Existindo variações consideráveis na forma como diferentes orientações teóricas definem a personalidade, todas incluem a ideia de que a personalidade é um conjunto de traços, internos, organizados, específicos e distintivos de um indivíduo, ao longo do tempo e das situações, e que têm um importante papel motivacional e adaptativo (Watson, Clark, & Harkness, 1994, cit por Sher, Trull, Bartholow & Vieth, 1999, p. 56).

De acordo com Kreitler & Kreitler (1990, *in* Kline, 1993), qualquer concepção da personalidade é baseada em termos dos traços, conceptualizados como tendências estáveis individuais. Estas tendências são “o material bruto e universal da personalidade” (McCrae & Costa, 1996, p. 62), as capacidades e disposições mais fundamentais que, podendo ser hereditárias ou ter origem nas primeiras experiências, constituem o potencial e a orientação básica do indivíduo, em qualquer período da sua vida. São, assim, os constituintes básicos e universais de grande parte das teorias da personalidade conhecidas e formam as teorias dos traços, as quais pretendem responder a duas questões fundamentais: quais os traços determinantes dos comportamentos, e como estão organizados, de forma a criar uma estrutura de personalidade.

Dentro das teorias dos traços, um dos modelos mais amplamente suportados pela literatura para a descrição da estrutura da personalidade é o modelo dos cinco factores (McCrae & Costa, 1996, 2006). É uma organização abrangente de traços que definem a estrutura da personalidade e que deverá servir como quadro de referência para a construção de qualquer teoria da personalidade, independentemente do modelo teórico de base (Lima & Simões, 2000). Baseada em pesquisas sobre traços de personalidade de pessoas de todo o mundo, este modelo defende que a personalidade tem a sua estrutura consolidada nos cinco traços seguintes: a) o neuroticismo, que se define pela tendência para experienciar sentimentos negativos como a ansiedade, a hostilidade e a tristeza; b) a extroversão que, quando presente num grau elevado podemos afirmar que estamos perante uma pessoa assertiva, que experiencia frequentemente emoções positivas, com um acolhimento caloroso, que gosta de estar com diferentes pessoas e que procura frequentemente por excitação; c) a abertura à experiência, que revela curiosidade sobre o mundo e abertura a novas experiências, ideias, sentimentos e valores; d) a amabilidade, presente em pessoas altruístas e sensíveis, frequentemente modestas e, finalmente, e) a conscienciosidade, que se define como a capacidade de um individuo para ser organizado e orientado para a auto-disciplina e ordem (Veague, Collins & Levitt, 2007). Segundo esta teoria, todas as pessoas exibem cada uma destas cinco grandes dimensões, dentro das quais podemos encontrar traços mais específicos, num grau variado, que, em conjunto, formam o padrão comportamental e emocional da pessoa. Estes traços são vistos num *continuum*, que vai desde a sua ausência completa até à sua presença exagerada.

As teorias do traço foram também aplicadas para as perturbações de dependência de álcool e o modelo dos cinco factores é muitas vezes utilizado para descrever a estrutura de personalidade de indivíduos com vulnerabilidade para o abuso de álcool (Strada, Karmely & Donohue, 2006).

No encontro a este modelo, Cloninger e colaboradores (1988, *in* Strada, Karmely & Donohue, 2006), Sher e colaboradores (1999), e, mais tarde, Carver & Connor-Smith (2010) referem que um grande número de estudos sugere que o neuroticismo está positivamente relacionado com os consumos abusivos de álcool. Kammeier, Hoffmann, Loper (1973), sugerem, ainda, com os seus estudos, que sintomas neuróticos aumentam as manifestações clínicas do abuso de álcool. Estes autores verificaram que indivíduos com diagnóstico de abuso de álcool apresentam elevações em escalas que avaliam a depressão, a ansiedade e a psicastenia. Tais

resultados sugerem uma associação positiva entre as perturbações de ansiedade e, ainda que em menor grau, com as perturbações do humor.

Relativamente à extroversão, a literatura não chega a um consenso relativamente aos traços que compõem esta dimensão e que podem actuar como vulnerabilidade para o abuso de álcool. Alguns estudos, contudo, comprovam uma correlação entre elevados níveis de consumo de álcool e elevados níveis de extroversão (Hong, & Paunonen, 2009).

Os traços que a constituem a abertura à experiência, tais como a procura de sensações e de novidade, a agressividade, a impulsividade e o psicoticismo parecem exercer uma influência relevante na vulnerabilidade para o abuso de álcool. (Hong, & Paunonen, 2009).

Thull & Sher (1994), num estudo longitudinal com uma amostra de jovens adultos não-clínicos, provou que, os que mais tarde vieram a ser diagnosticados com abuso de álcool segundo os critérios do DSM-III-R, demonstravam um padrão de personalidade distintivo, marcado por elevados níveis de neuroticíssimo (que reflecte elevados traços de sensibilidade à ansiedade) e abertura à experiência (que reflecte elevações nos traços de procura de sensações e de novidade), baixos níveis de conscienciosidade, baixa amabilidade e baixa extroversão.

Ainda, baixos níveis de conscienciosidade, associados a baixos níveis de amabilidade, parecem actuar como factores que conduzem à vulnerabilidade ao abuso de álcool, por aumentarem a probabilidade do aumento de actividades comportamentais de risco para a saúde (Hong, & Paunonen, 2009)

Mais uma vez, numa população de jovens adultos, Ruiz, Pincus, e Dickinson (2003) e Loukas, Krull Chassin, & Carle (2000) verificaram que a conscienciosidade está positivamente associada ao abuso de álcool. Loukas e colaboradores (2000) constatarem também que baixos níveis de amabilidade e elevados níveis de neuroticíssimo aumentavam a vulnerabilidade para o abuso de álcool em jovens com história familiar de abuso de álcool (Strada, Karmely & Donohue, 2006).

Baumeister, Smart, & Boden (1996) encontrou correlações entre níveis muito elevados e muito baixos de auto-estima no risco de consumo de drogas em adolescentes, apesar de ser mais consensual na literatura a correlação entre a baixa auto-estima e o aumento da vulnerabilidade (Sher, Trull, Bartholow, & Vieth, 1999).

O abuso e dependência são frequentemente precedidos por padrões de comportamento específicos, muitas vezes referidos como *comportamentos alcoólicos*,

ou como *comportamentos característicos de um tipo de personalidade alcoólica* (Strada, Karmely, & Donohue, 2006).

Foram Cloninger & Sigvardsson, em 1996, a desenvolver a teoria mais amplamente adoptada actualmente sobre a forma como a estrutura da personalidade se associa à perturbação do abuso de álcool.

Desenvolveram um modelo dualista, de duas estruturas de personalidade que poderão estar relacionadas com a vulnerabilidade para os consumos abusivos de álcool.

A primeira estrutura, que designaram como *Personalidade de Tipo I*, tem como traço de personalidade central para a vulnerabilidade ao abuso de álcool o evitamento, que se traduz num baixo nível de extroversão. Estes indivíduos tendem a evitar situações novas, com risco potencial, bem como grandes mudanças do estilo de vida. Procuram manter a estabilidade e a rotina. Tais traços traduzem-se num nível baixo de abertura à experiência. O início do uso de álcool, neste tipo de personalidade, verifica-se geralmente depois dos 25 anos, em situações sociais, e há um controlo sobre a quantidade de álcool ingerido durante vários anos. O abuso de álcool manifesta-se como resposta a períodos ansiogénicos, percebidos pelos indivíduos como esmagadores, para os quais não têm estratégias. Esta característica traduz-se num elevado nível de neuroticismo. Visto que o consumo de álcool alivia a ansiedade, o aumento da frequência do uso vai persistir. Paralelamente, estes indivíduos têm uma percepção negativa da resposta biológica à interrupção abrupta do álcool, a qual se constitui como um forte reforço negativo para a manutenção do seu uso continuado. Durante o período de abuso poderão surgir sentimentos de culpa, o que perpetua a ansiedade, assim como o consumo como redução da mesma.

Os episódios de abuso de álcool são, nestes casos, menos frequentes, estando relacionados com um abuso de álcool esporádico mas severo (com, por exemplo, períodos de uso de álcool duradouros, associados à negligência por parte do indivíduo das suas responsabilidades). Desta forma, indivíduos com *personalidade alcoólica de Tipo I* recorrem ao abuso de álcool como mecanismo de *coping* primário.

A *personalidade alcoólica de Tipo II* verifica-se como mais frequente na população masculina. Na tentativa de explicar este padrão de personalidade, Cloninger (1987) analisou respostas do electroencefalograma (EEG) dos seus indivíduos e descobriu que estes têm dificuldade em diferenciar situações novas de situações rotineiras, a partir dos estímulos das situações. Este défice traduzia-se na diminuição da actividade da monoamina oxidase (MAO), uma enzima que tem como função no organismo a

degradação de monoaminas. Cloninger (1987) acredita que os indivíduos tentavam compensar este défice com comportamentos e actividades marcadas pela espontaneidade e dirigidos para a estimulação sensorial e a extroversão (Strada, Karmely, & Donohue, 2006).

Neste caso, o início dos consumos abusivos ocorre geralmente antes dos 25 anos, por vezes durante a adolescência, e serve o objectivo de diminuir a inibição, aumentar a socialização e a excitação, e estas características traduzem-se num elevado nível de abertura à experiência. Estes indivíduos não atingem a maturidade esperada em situações como, por exemplo, a resposta empática aos outros, ou na tomada de decisão, apresentando um nível baixo de amabilidade (Strada, Karmely, & Donohue, 2006).

Paralelamente, este tipo de personalidade também está correlacionado com o abuso de outras substâncias, devido à necessidade de obter estimulação sensorial contínua.

O processo de pensamento destes indivíduos é marcado por crenças distorcidas baseados na racionalização das suas acções. Vêem os outros como intolerantes e acreditam num falso sentido de invulnerabilidade pessoal. Apresentam, assim, níveis elevados de neuroticismo e baixos níveis de conscienciosidade. Estes padrões cognitivos estão associados à ocorrência de comportamentos de risco, que são reforçados pela percepção da estimulação alcançada. Desta forma, estes traços de personalidade partilham muitos elementos, e muitas vezes coexistem, com a perturbação de personalidade anti-social, estando associados a um baixo controlo do impulso e tendências narcísicas (Strada, Karmely & Donohue, 2006).

A AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE EM CONTEXTO CLÍNICO-LABORAL

No final dos anos 70, ao mesmo tempo que emergiram evidências da necessidade da utilização de testes psicológicos em programas de selecção das forças da lei, emergiram inúmeras críticas a esta utilização. Alguns psicólogos argumentaram que uma avaliação minuciosa dos antecedentes e uma entrevista motivacional realizada por profissionais experientes, a par das avaliações da formação académica e um ano de estágio profissional deveria ser suficiente para sinalizar os candidatos inadequados. Era desta forma que muitas contratações ocorriam sem avaliação psicológica formal, tendo apenas como base exames médicos, de agilidade, investigação do cadastro e entrevistas,

com o argumento de que a selecção com base nas características individuais dos candidatos não pode prever comportamentos futuros. Era considerado que os comportamentos previstos seriam antes fortemente influenciados por factores situacionais e pelas pressões exercidas sobre os agentes para aderir às exigências da cultura policial. Além disto, era argumentado que os testes de selecção profissional são impessoais e susceptíveis de negligenciar alguns comportamentos críticos, pelo facto de não se adaptarem aos indivíduos que avaliam. Por outro lado, ainda, os testes poderiam ser falsificados pelos candidatos que, deliberadamente, tentassem ocultar os problemas e apresentar uma imagem favorável. Paralelamente poderiam identificar falsamente a presença de graves problemas de adaptação quando um candidato fosse excessivamente sincero sobre os seus comportamentos, pensamentos e atitudes. Sempre houve uma preocupação manifestada pelos profissionais da área da saúde mental com a hipótese dos testes psicológicos resultarem numa estigmatização injusta e injustificada, numa discriminação contra as minorias e numa invasão da privacidade dos candidatos (Simmers, Bowers & Ruiz, 2003).

Apesar destes argumentos, a tendência actual e que parece crescer a um ritmo acelerado relativamente à avaliação psicológica em contexto de selecção militar e policial é de permitir e, até, exigir o uso de testes (Simmers, Bowers & Ruiz, 2003).

Segundo nos diz Moriarty (1989), em casos de julgamentos sobre situações de negligência por parte dos agentes, as sentenças judiciais têm definido os administradores dos testes como responsáveis pela indiligência dos seus subordinados, quando, na opinião dos tribunais, estes se encontram psicologicamente inaptos para o trabalho militar. Incidentes que dão origem a este tipo de sentenças advêm de casos nos quais há uso de força ou poder ou existem agressões sexuais ou raciais. Os tribunais determinaram igualmente que os responsáveis pela avaliação psicológica dos candidatos têm como obrigação central proteger os indivíduos das comunidades que servem e, para isso, devem usar de todos os recursos que têm ao seu dispor para garantir a segurança pública, o que inclui o uso de testes de avaliação psicológica no âmbito da selecção militar.

As forças da lei têm autoridade legal para confrontar, interrogar, investigar, deter os cidadãos e, até, para usar armas de forma mortal quando tal se justifica. Devem, por conseguinte, ser capazes de avaliar o que os rodeia de uma forma objectiva, com julgamento e raciocínio claros e, quando executam a sua autoridade, devem ser capazes de o fazer de forma eficiente e efectiva. Dado os inúmeros riscos a

que esta profissão está sujeita, a avaliação psicológica neste contexto é essencial, não só para efeitos organizacionais, como também de protecção dos agentes e das comunidade que servem (Moriarty, 1989).

Relativamente ao que é exigido aos bons oficiais, estes devem ser capazes de cooperar com os colegas de trabalho, trabalhando em equipa, devem ser capazes de receber ordens dos seus superiores e respeitar o sistema hierárquico em que estão inseridos e devem conseguir suportar vários tipos de stresse, em vários níveis, sem recorrer ao uso excessivo de força ou a mecanismos de defesa desadaptativos, como o álcool é exemplo. Devem ser capazes de resistir a situações como tentativas de suborno, ou tomada de posse de materiais por eles confiscados (Simmers, Bowers & Ruiz, 2003).

Na tentativa de distinguir aqueles que, no futuro, se tornarão bons e maus oficiais, as equipas de selecção profissional têm utilizado como ferramentas de avaliação testes de aptidões, exames médicos e de agilidade, entrevistas motivacionais e sessões de avaliação psicológica. Foi assim que, ao longo dos últimos anos, os testes de avaliação psicológica se tornaram uma prática generalizada no contexto de selecção policial (Simmers, Bowers & Ruiz, 2003).

Quase desde a sua criação, no início dos anos quarenta, o MMPI tem sido utilizado para muitos propósitos, também no contexto militar. Além da selecção de militares para cargos importantes e de risco, como pilotar aviões, conduzir navios ou submarinos, foi também utilizado em duas áreas importantes de investigação (Butcher, Jeffrey, Gayton, Colligan, DeVore, & Minegawa, 1990). Por ser um instrumento capaz de avaliar condições psicopatológicas em contextos não-clínicos, é frequentemente utilizado, principalmente em profissões nas quais a presença de perturbação ou sofrimento psicológico possa colocar em causa a segurança dos indivíduos e das comunidades (Sellbom, Ben-Porath, 2006).

Simmers, Bowers & Ruiz (2003) realizaram um estudo cujo propósito era avaliar a associação entre o desempenho de oficiais da polícia e do exército e os resultados de instrumentos de avaliação da personalidade obtidos no contexto de selecção policial, entre os quais estava o MMPI e o MMPI-2. Este estudo demonstrou que era possível verificar correlações, ainda que relativamente baixas, entre os resultados do MMPI e do MMPI-2 e as seguintes variáveis de desempenho: faltas laborais (três ou mais faltas injustificadas ao trabalho num período entre os seis e os dez meses); sucesso académico em programas de treino de selecção, em contraste com

a sua desistência; relatórios com pareceres positivos e/ou de condecorações recebidas pelos agentes durante um período de tempo entre os seis meses e os dois anos; relatórios com pareceres negativos e/ou de queixas contra o agente durante um período entre os seis meses e os dois anos; capacidade de comunicação, de iniciativa e de julgamento; atitude e confiança (variáveis de desempenho relacionadas com a capacidade de liderança, bem como a atitude face ao trabalho policial e face às críticas); número de baixas laborais e atrasos; capacidade de interacção com o público, com os colegas de trabalho e com os superiores; conhecimentos relacionados com a profissão, como procedimentos policiais, estatutos criminais, leis, procedimento criminal e ordenações da cidade; avaliações de desempenho feitas por superiores hierárquicos a características como lealdade à organização, adesão a códigos de aparência física, conhecimentos sobre a lei, respostas aos superiores, técnicas de condução, qualidade de relatórios de campo, segurança dos policiais, gestão de conflitos e capacidade resolução de problemas; número de referências para o aconselhamento durante um período de dois anos; repreensões, verbais ou escritas, recebidas durante um período entre os seis e os dez meses; número de vezes em que o agente viu o seu dever restrito durante períodos entre os seis e os dez meses; número de vezes em que foi suspenso durante um período de dois anos e, finalmente, demissão permanente do trabalho.

A par destas variáveis de desempenho, o MMPI permite, ainda, a avaliação das características da personalidade dos indivíduos, possibilitando uma selecção de pessoas com traços de personalidade favoráveis para os cargos militares que vão exercer. Por isso, o emprego do MMPI para selecção profissional em ocupações que envolvem elevados níveis de stress e de responsabilidade, como é o caso dos agentes policiais, é uma prática bem estabelecida (Kornfeld, 1995). Graham (1993) afirmou, ainda, que o sucesso do uso do MMPI na triagem de agentes policiais com psicopatologias está bem documentado.

Relativamente ao MMPI-2, como foi publicado pela primeira vez em 1989, os seus dados normativos para a avaliação de candidatos a agentes policiais é amplamente baseada nos dados da versão original do inventário, os quais são também reduzidos. Existe, por isso, a necessidade de novos dados normativos nesta população específica para as duas versões do MMPI, uma vez que estes dois instrumentos não produzirem resultados idênticos. Paralelamente, os dados normativos do MMPI tanto para candidatos a agentes policiais, como para agentes policiais têm uma baixa

representação dos grupos minoritários bem como do género feminino. (Kornfeld, 1995).

Numa tentativa de contribuir para esta necessidade, Kornfeld (1995) aplicou o MMPI-2 como parte do processo de avaliação de uma amostra de 84 candidatos a polícias de quatro cidades americanas distintas. Apesar da limitada amostra, os resultados mostram que os candidatos apresentaram um padrão de resposta defensivo, apresentando-se como psicologicamente saudáveis, confortáveis no contacto com as pessoas, livres de preocupações e auto-confiantes. Todas as escalas apresentam resultados muito abaixo dos resultados com significado clínico e as escalas que avaliam a depressão e a introversão social são as mais baixas. Segundo Graham (1993), numa amostra não-clínica de indivíduos, resultados baixos na escala que avalia a depressão no MMPI-2 indicia indivíduos menos susceptíveis de sofrimento psicológico, ruminação do pensamento e menos susceptíveis a problemas relacionados com o julgamento e com a tomada de decisão. Por outro lado, têm uma maior probabilidade de serem confiantes nas suas capacidades e de serem sociáveis no contacto com o público. Relativamente aos baixos resultados na escala que avalia a introversão social, Graham (1993) afirma que tais resultados sinalizam pessoas sociáveis, extrovertidas, amigáveis e amáveis (Kornfeld, 1995).

OBJECTIVOS

Na presente investigação temos como objectivo geral verificar em que medida a personalidade se constitui como um factor associado ao abuso de álcool, e quais as características susceptíveis de serem sinalizadas na avaliação psicológica em contexto clínico-laboral. Pretendemos também explorar a existência de diferentes tipos de vulnerabilidade e a sua eventual expressão através de diferentes configurações (perfis de escalas de personalidade e de psicopatologia) do MMPI-2.

Como objectivos específicos pretendemos:

1. Verificar a associação de dimensões específicas da personalidade e da psicopatologia a quadros de abuso de álcool.
2. Identificar diferentes padrões de personalidade, de acordo com o modelo de Cloninger e Sigvardsson (1996) (e de outros autores que relacionaram a personalidade com a vulnerabilidade ao abuso de álcool) e analisar a sua potencial associação a diferentes tipos de vulnerabilidade ao abuso de álcool. Com base nos modelos propostos pretende-se identificar:
 - 2.1 Na *Personalidade Alcoólica* de Tipo I:
 - 2.1.1 Elevados níveis de neuroticismo e de conscienciosidade associados ao abuso de álcool.
 - 2.1.2 Baixos níveis de abertura à experiência e de extroversão associados ao abuso de álcool.
 - 2.2 Na *Personalidade Alcoólica* de Tipo II:
 - 2.2.1 Elevados níveis de neuroticismo, extroversão e abertura à experiência associados ao abuso de álcool.
 - 2.2.2 Baixos níveis de amabilidade e conscienciosidade abertura à experiência e de extroversão associados ao abuso de álcool.
3. Identificar indícios de perturbação e de sofrimento psicológico associados aos diferentes tipos de vulnerabilidade ao abuso de álcool:
 - 3.1. Verificar se há sinais de perturbações do humor, de ansiedade e de perturbação anti-social da personalidade associados a diferentes tipos de vulnerabilidade

Estas hipóteses resumem-se graficamente no seguinte mapa conceptual:

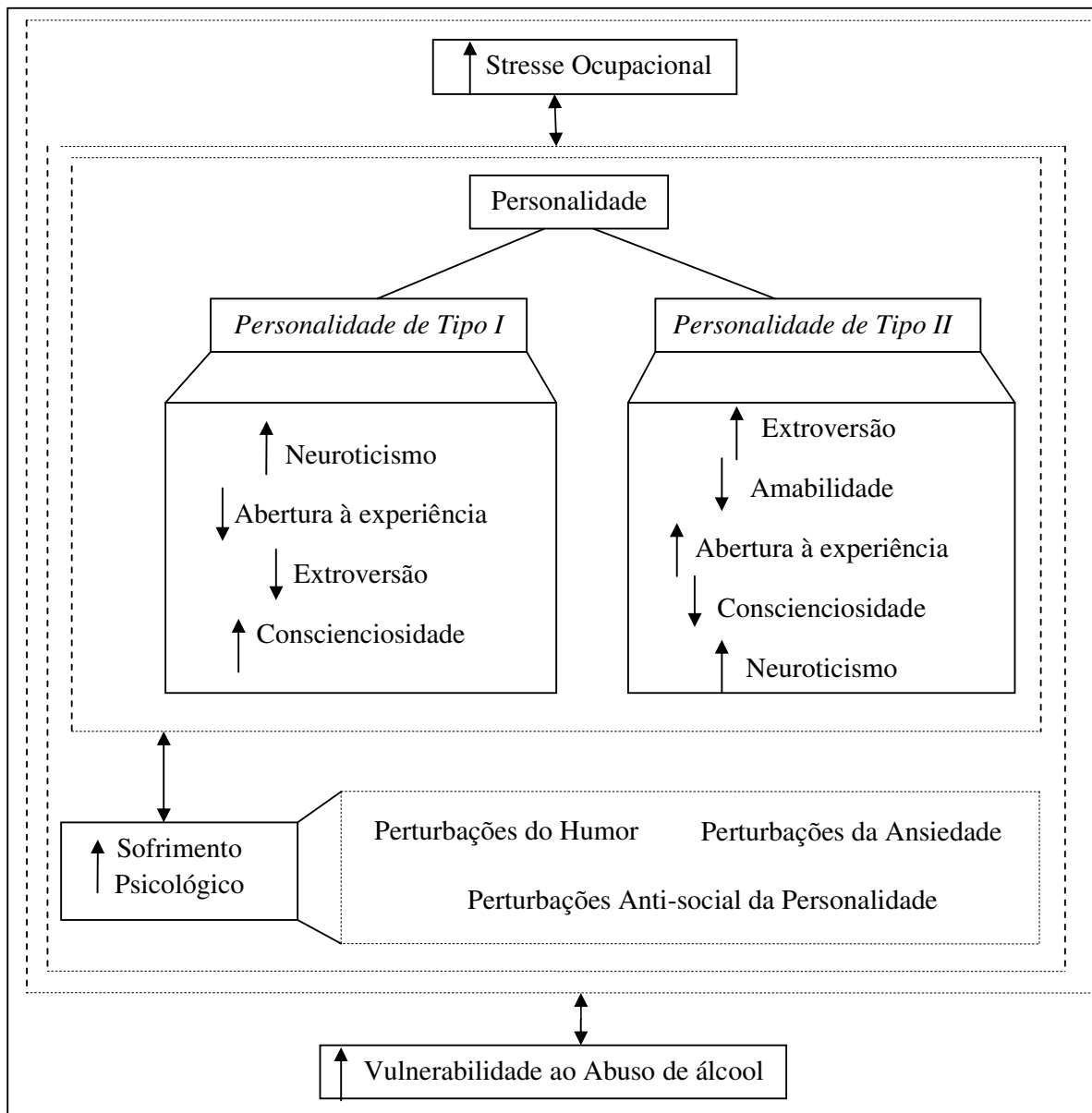


Figura 1. Mapa Conceptual. (As setas unidireccionais ascendentes significam elevado nível, e as unidireccionais descendentes significam baixo nível. As setas bidimensionais significam interacção ou relação).

O estudo foi delineado de modo a avaliar, quer as características estruturais da personalidade quer as alterações psicopatológicas, através do MMPI-2.

METODOLOGIA

PARTICIPANTES

A presente investigação contou com uma amostra de doze participantes do sexo masculino, agentes de forças militares e policiais. Foi recolhida de uma base de dados obtida no âmbito da aferição do MMPI-2 à população portuguesa. Os participantes tinham idades compreendidas entre os 34 e 66 anos ($M = 48$; $DP = 9,3$) e tinham sido sinalizados com quadros de consumos abusivos de álcool, encontrando-se internados para tratamento na data da participação. O tempo de consumo dos participantes era variado, oscilando entre um ano e duas décadas.

A maioria dos participantes residia na área de Lisboa e Vale do Tejo e apenas quatro nos Açores. Grande parte dos participantes era casada ou vivia em união de facto, dois eram divorciados ou separados, um era solteiro e um viúvo. Oito participantes fazia parte de um agregado constituído por dois elementos, um participante por três elementos, um participante vivia sozinho e um participante não assinalou nenhuma resposta. Relativamente às habilitações académicas, quatro participantes tinham completado o terceiro ciclo, três tinham completado o ensino secundário, outros três tinham completado o segundo ciclo e um participante era licenciado. Aquando da participação no estudo, nove participantes estavam em baixa médica, estando no activo antes desta, um estava reformado e um desempregado. As informações sobre os dados sócio-demográficos dos participantes podem ser encontradas no anexo A.

INSTRUMENTOS

Minnesota Multiphasic Personality Inventory - 2

Neste estudo foi utilizado o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 - MMPI-2* (Butcher, Dahlstrom & Graham, 1989) na versão experimental portuguesa (Silva, Novo, Prazeres e Pires, 2006). É um inventário de personalidade aplicável a indivíduos com idades acima dos 18 anos e escolaridade mínima de oito anos. Desenvolvido a partir de revisões do *Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI* (Hathaway, Charnley & McKinley, 1943), serve o propósito de avaliar a personalidade e a psicopatologia através da análise de comportamentos, problemas

actuais e passados, sentimentos, pensamentos, crenças, atitudes e da motivação face ao teste. É composto por 567 afirmações breves, objectivas e descritivas (e.g., item 233: *Tenho dificuldade em começar a fazer coisas*) às quais o participante responde *Verdadeiro* ou *Falso*, de acordo com o modo como considera que os itens o descrevem.

A interpretação dos resultados é realizada a partir da análise dimensional, atendendo aos resultados das escalas do MMPI-2, e a partir da análise configuracional dos perfis. As suas escalas, designadas na Tabela 1, serão brevemente caracterizadas no Anexo C. Os resultados são considerados baixos quando se situam abaixo de T40 e elevados quando se situam acima de T65. Cada escala foi validada a partir de um grupo critério específico, pelo que algumas particularidades interpretativas variam de escala para escala. Por outro lado, o significado específico de cada uma depende também do seu valor relativo face ao restante perfil, tendo de ser considerado a nível configuracional. Em contextos clínicos e de estudos de caso, o protocolo pode, ainda, ser interpretado a nível contextual, integrando os resultados com a história de vida, e ao nível de exploração de itens. Estes níveis de análises não foram aqui considerados neste trabalho. Interpretados os resultados, estão criadas condições para desenvolver hipóteses sobre o funcionamento psicológico e comportamental do participante.

Quadro1. Escalas do MMPI-2 Por Categorias

Designação das Escalas do MMPI-2				
Validade	Personalidade (PSY-5)	Clínicas		
		Base	Conteúdo	Suplementares
Não sei (?) Mentira (L) Infrequência (F) Correcção (K) Infrequência-Inicial (Fp) Infrequência – Final (Fb) Escala Superlativa (S) VRIN TRIN	Agressividade (AGGR)	Hipocondria (Hs)	Ansiedade (ANX) Medos (FRS) Obsessões (OBS) Depressão (DEP)	Ansiedade (A) Repressão (R) Força do Ego (Es)
	Psicoticismo (PSYC)	Depressão (D) Histeria (Hy) Desvio Psicopático (Pd)	Preocupações com Saúde (HEA)	Escala de Alcoolismo de MacAndrew (MAC-R)
	Desinibição (DISC)	Masculinidade - feminilidade (Mf)	Pensamento Bizarro (BIZ) Raiva (ANG) Cinismo (CYN)	Responsabilidade Social (Re) Desajustamento Escolar (Mt) Perturbação do Stresse Pós-traumático (PK)
	Emocionalidade Negativa/Neuroticismo (NEGE)	Paranóia (Pa) Psicastenia (Pt) Esquizofrenia (Sc)	Práticas Anti-sociais (ASP) Comportamento TipoA (TPA)	Stresse conjugal (MDS) Hostilidade (H)
	Baixa Emocionalidade Positiva/Extroversão (INTR)	Hipomania (Ma) Introversão Social (Si)	Baixa Auto-Estima (LSE) Desconforto Social (SOD) Problemas Familiares (FAM) Interferência no Trabalho (WRK)	Hostilidade Controlada (O-H) Dominância (Do) Reconhecimento da Adição (AAS) Escala de Potencial de Adição (APS)
			Indicadores Negativos de Tratamento (TRT)	Papel de Género Masculino (GM) Papel de Género Feminino (GF)

Nota. A designação das escalas acompanha o sentido interpretativo que é atribuído aos resultados elevados na respectiva escala.

Fichas de Dados Clínicos e de Dados Sócio-demográficos

A recolha de dados para este estudo contou, ainda, com a aplicação de uma ficha de dados sócio-demográficos e de dados clínicos a cada participante, ambos preenchidos depois da aplicação do MMPI-2. Enquanto o primeiro instrumento foi preenchido pelo participante, o segundo foi preenchido pelo técnico de saúde que acompanhava o internamento de cada participante. O primeiro pretendia recolher os dados sociais e demográficos dos participantes, como a idade, o estado civil, as habilitações académicas, a presença de situações stressantes no presente e no passado ano, acompanhamentos psicológicos e psiquiátricos anteriores, entre outros. A ficha clínica tinha como objectivo dar indicação da condição e estado clínico do participante, fornecendo informações tais como o diagnóstico, o início da manifestação da perturbação, acompanhamentos psicológicos, psiquiátricos e psicofarmacológicos, anteriores e actuais.

PROCEDIMENTO

Antes da administração do inventário, cada participante recebeu um Termo de Consentimento Informado, onde lhe foi dado a conhecer a natureza do estudo, as condições de participação, bem como as garantias de confidencialidade. O inventário foi administrado no formato de auto-administração em regime individual ou de pequeno grupo. Assim, os participantes liam as afirmações contidas no caderno de itens e assinalavam a sua opção na folha de respostas. O tempo médio da aplicação foi de aproximadamente uma hora e trinta minutos.

A leitura dos protocolos e a cotação em resultados brutos foi conseguida através de leitura óptica. A obtenção de perfis foi realizada através de um programa estatístico e gráfico específico.

Como passo prévio à análise de resultados foi considerada a validade dos protocolos. Posteriormente, seguindo o roteiro dos objectivos estabelecidos, a análise foi orientada no sentido de identificar padrões específicos de resposta ao nível da personalidade e da psicopatologia.

Os resultados das escalas de personalidade permitiram a constituição de dois grupos: um com sinais de alteração ou mesmo perturbação da personalidade (i.e., com elevações características em uma ou mais das escalas de personalidade – identificado

por grupo A) e outro sem indícios de perturbação de personalidade (i.e., sem elevações nestas escalas – identificado por grupo B).

Uma vez constituídos os grupo, as análises posteriores prosseguiram com base em perfis (*perfis-tipo*) calculados a partir dos resultados médios dos participantes, por grupo, em cada escala. Assim se obteve, desta fora, o *perfil-tipo* A - que continham os perfis do grupo A e que se caracterizava por apresentar perturbações da personalidade; e o *perfil-tipo* B - contendo os perfis do grupo B manifestações de perturbação da personalidade.

Procuramos, então, explorar a manifestação de variáveis de personalidade relacionadas com o abuso de álcool. Procuramos, ainda, compreender de que forma esta diferenciação nas escalas de personalidade, que revela uma diferença de funcionamento a um nível estrutural da personalidade, se manifesta nos resultados das restantes escalas clínicas.

RESULTADOS

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE

O estudo foi delineado de modo a avaliar, nos pacientes em tratamento por abuso de álcool, as características estruturais da personalidade, evidenciadas pelas escalas de personalidade, e as alterações psicopatológicas, sugeridas pelas escalas clínicas base, de conteúdo e suplementares do MMPI-2.

Atendendo aos objectivos específicos, os resultados foram analisados tendo por referência a amostra global e, depois, a diferença de grupos, com base no modelo de Cloninger e Sigvardsson (1996) e as teorias de outros autores que relacionaram as características de personalidade com a vulnerabilidade ao abuso de álcool. O nosso objectivo foi identificar indícios de perturbação e de sofrimento psicológico associados a diferentes configurações de personalidade e a diferentes tipos de vulnerabilidade ao abuso de álcool.

Análise Global dos Resultados

Com o objectivo de identificar factores comuns à amostra global, analisamos os diferentes perfis de escalas de modo a sinalizar aquelas que obtiveram resultados clínicos mais significativos, i.e., na franja da patologia, com notas $T < 40$ e $T > 65$. Os resultados dos participantes nas diferentes escalas são apresentados no anexo D.

As escalas de validade revelaram perfis válidos, embora com elevações significativas em Infrequência (F). Estas elevações não invalidam os perfis, mas antes indicam situações psicopatológicas com importante sofrimento psicológico e dificuldades de adaptação á realidade. No que toca ao perfil de personalidade, não foi apresentado um padrão de respostas representativo do conjunto da amostra. Contudo cinco dos participantes distinguem-se dos demais por apresentarem elevações em uma ou mais escalas deste perfil.

O perfil clínico revela também algumas comunalidades. No caso do perfil base revela que os participantes apresentaram elevações em uma ou mais escalas, à excepção de um participante que, pelo contrário, apresentou dois resultados baixos Paranóia (Pa - $T37$), e Masculinidade-Feminilidade (Mf - $T38$). O resultado na Pa poderá indiciar a

presença de psicopatologia, caracterizada por pensamento paranóide, porém deliberadamente alterada ¹, enquanto o resultado de *Mf* poderá revelar algum desconforto com os papéis de género masculino. A maioria dos participantes revelou elevações na escala Depressão (*D*), a qual indicia, além de sintomatologia depressiva, frequente na generalidade da patologia clínica, insatisfação das pessoas consigo próprias e com as suas circunstâncias de vida. Esta escala encontra-se frequentemente elevada em contexto clínico, podendo revelar insatisfação dos participantes com a vida e com a condição actual.

A maior parte dos participantes apresentou também elevações na escala Hipocondria (*Hs*), elevações que sinalizam preocupação excessiva com o funcionamento do organismo, incluindo a presença de queixas somáticas vagas. A escala *Pa* também se mostrou elevada, revelando indivíduos desconfiados, com comportamento paranóide e com ideias de auto-referência.

Elevações frequentes verificaram-se também nas escalas Esquisofrenia (*Sc*) que sugere indivíduos com desorganização do pensamento, com comportamentos e atitudes pouco convencionais e com dificuldades de comunicação e de relacionamento. A escala *Introversão Social* (*Si*) também apresentou elevações, sugerindo comportamentos de isolamento e evitamento de situações sociais, que são vistas como ansiogénicas.

As subescalas clínicas de Harris-Lingoes, apresentadas na Tabela 13 do Anexo D, obtidas através do desdobramento das escalas clínicas base, revelaram principalmente elevações nas escalas *D3*, que sugere mau funcionamento físico, na *D5*, que aponta para ruminação do pensamento, na *Hy3*, que indicia desconforto físico, cansaço e fraqueza, na *Pa1*, sugestiva de conflitos familiares, na *Sc5* que aponta para medo de perder o controlo e, finalmente, na *Sc6*, que indicia a existência de experiências sensoriais bizarras.

As escalas clínicas de conteúdo apresentaram informações que apontam no mesmo sentido dos resultados obtidos nas escalas clínicas base. Sete dos dez participantes apresentaram elevações na escala Depressão (*DEP*) que indicia a presença de componentes cognitivos relacionados com a sintomatologia depressiva e seis apresentaram elevações na escala Preocupações com Saúde (*HEA*), que, no sentido do

¹ Resultados muito baixos na escala *Pa*, principalmente quando são os mais baixos do perfil clínico base, são obtidos por pessoas extremamente desconfiadas e que evitam de uma forma hábil respostas sinceras aos itens desta escala. Desta forma, resultados baixos nesta escala apontam para significados semelhantes aos de resultados elevados.

que foi indiciado por *Hs*, sugere preocupação dos participantes com o funcionamento do organismo.

A informação específica relativa a comportamentos aditivos está presente nas escalas suplementares, designadamente MacAndrew (*MAC-R*), Reconhecimento da Adição (*AAS*), e Escala de Potencial de Adição (*APS*). Na verdade, estas escalas não se revelaram informativas no estudo da presente amostra. Apenas um participante apresentou elevação nas escalas Alcoolismo de MacAndrew (*MAC-R*). Quatro dos participantes apresentaram resultados elevados na Escala de Potencial de Adição (*APS*).

Outras escalas suplementares foram reveladoras de características psicológicas importantes dos participantes. Dez dos doze participantes apresentaram resultados baixos na escala Força do Ego (*Es*), nove dos participantes apresentou resultados baixos na escala Papel de Género Masculino (*GM*) e seis participantes apresentaram resultados baixos na escala Dominância (*Do*). A *Es* é frequentemente baixa no contexto clínico, dada a auto-fragilidade percebida e a resistência ao processo de mudança. Os resultados de *GM* indicam um processo admissão de ansiedade e de emocionalidade excessiva, bem como dificuldades de adaptação a interesses e a actividades estereotipadamente masculinas. Desta forma, parece indiciar a presença de uma admissão de doença, bem como da falta de reconhecimento com o papel de género masculino. Finalmente, os resultados de *Do* sugerem um baixo nível de auto-estima nos participantes.

Análise por Configurações de Personalidade

Encontramos dois padrões distintos de resposta nas escalas de personalidade. Por um lado, sete participantes não apresentaram elevações em nenhuma escala. Por outro, cinco participantes, com um padrão de personalidade semelhante, apresentaram elevações em uma ou mais escalas. Dadas estas características, foram reunidos dois grupos de participantes, identificados como A – constituídos por cinco perfis com elevações, e, consequentemente, com indícios de perturbações da personalidade, e como B – constituídos pelos restantes, sem resultados que indiciam perturbação da personalidade (Figura 2.1 e 2.2).

Nesta análise temos como objectivo encontrar configurações de características estruturais da personalidade distintas, bem como uma potencial associação destes padrões a diferentes tipos de vulnerabilidade ao abuso de álcool. Para isso, iniciámos a

análise pelos resultados das escalas de personalidade dos doze participantes, apresentados no anexo D.

As escalas de personalidade que mais se destacam, pelos seus resultados elevados são a Psicoticismo (*PSYC*), elevada em quatro dos participantes, seguida das Emocionalidade negativa/Neuroticismo (*NEGE*), em dois participantes, e da Baixa Emocionalidade Positiva/Extroversão (*INTR*), em dois participantes. A escala Desinibição (*DISC*) destaca-se pelos resultados mais baixos, com cinco participantes abaixo da zona da normalidade, é a que apresenta valores mais baixos, sugerindo, assim a tendência comportamental e emocional hiper-controlada, com grande constrição e constrangimento, convencional e conformista.

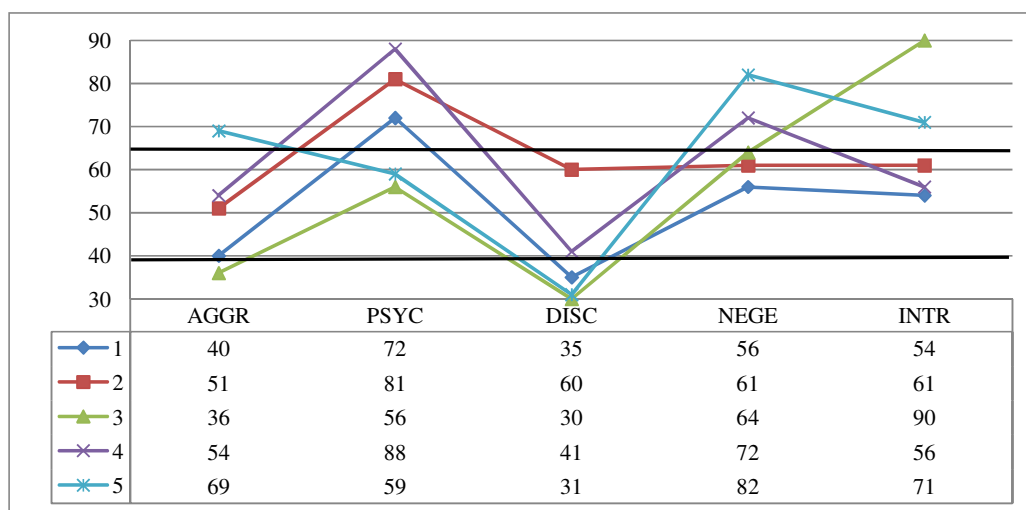


Figura 2.1. Resultados das Escalas de Personalidade do Grupo de Participantes A

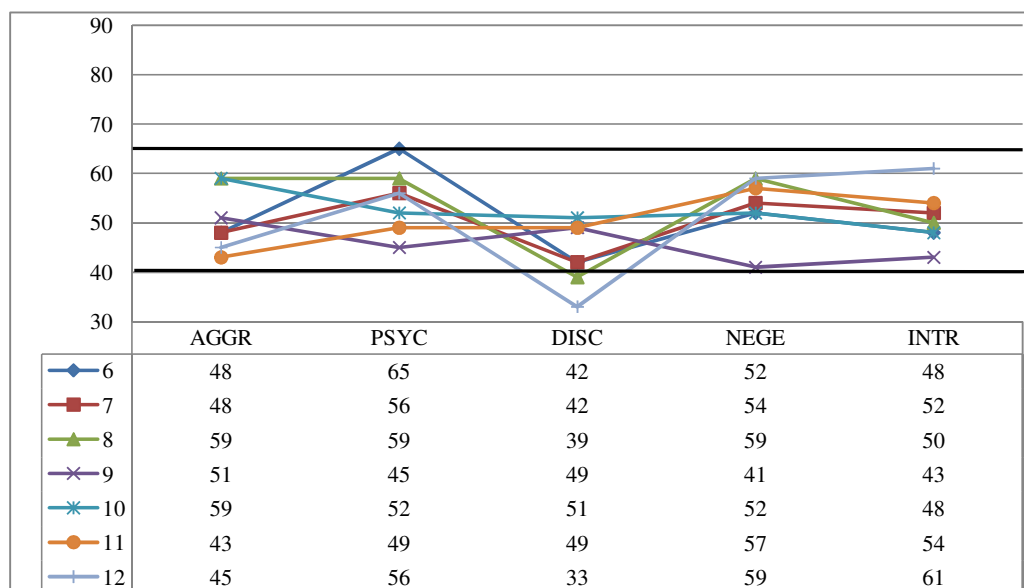


Figura 2.2. Resultados das Escalas de Personalidade do Grupo de Participantes B

Dadas as semelhanças intra-grupo e as diferenças inter-grupo das características dimensionais (elevação de cada escala de *per se*) e das configuracionais (tipo de perfil), foi possível considerar um perfil *perfil-tipo* de cada grupo, ambos construídos através da média dos resultados dos participantes por escala, e que permitiram estabelecer o contraste entre eles. Estes *perfis-tipo* estão representados na Figura 3.1.

O *perfil-tipo* A apresentou uma elevação mais acentuada na escala *PSYC* (T71), seguida da escala *NEGE* (T67) e da escala *INTR* (T66), e um resultado baixo na escala *DISC* (T39). Neste caso, as características de personalidade parecem indicar perturbações da personalidade, independentemente da psicopatologia clínica que possa existir. Os resultados sugerem traços estruturais compatíveis com alterações/perturbações do pensamento e com situações de distorção na percepção e análise da realidade (*PSYC*). A elevação na escala *NEGE* sugere elevada emocionalidade negativa e baixo controlo emocional, com ansiedade, culpa e preocupação intrusivas. A elevação em *INTR* parece relevar desconforto e evitamento de situações sociais, baixa auto-estima e baixa resistência às dificuldades, e relações emocionais e sociais distantes e hostis. O resultado baixo de *DISC* aponta para a forte contenção e constrangimento, decorrentes de sentimentos da insegurança e desorganização que as alterações psicopatológicas provocam. Sugerem a preferência por um estilo de vida convencional, conformista, com procura excessiva pelo perfeccionismo e pelo controlo sobre o ambiente externo e interno.

O *perfil-tipo* B não apresenta elevações significativas, o que sugere que as potenciais alterações clínicas não estão associadas a perturbações da personalidade.

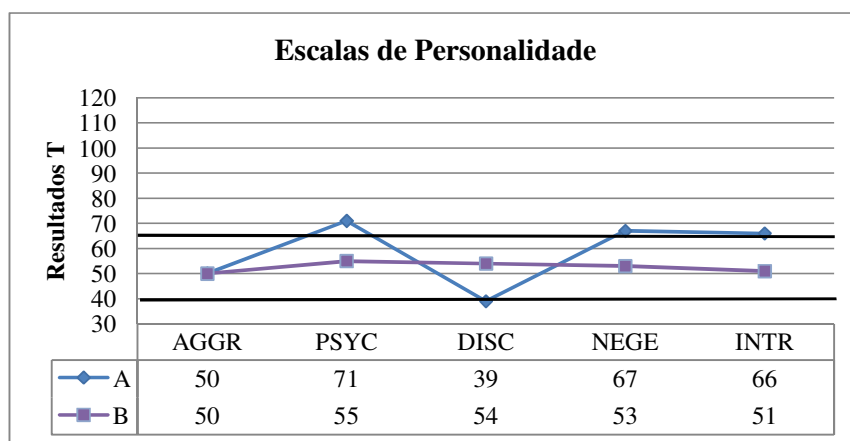


Figura 3.1. Escalas de Personalidade do MMPI-2: *Perfis-tipo* dos Grupos A e B

No que toca às escalas de validade (Figura 3.2), o *perfil-tipo A* apresentou resultados elevados nas escalas de frequência de resposta (*F*, *Fb* e *Fp*), o que é frequente na população clínica. Estes resultados indiciam instabilidade emocional, pensamentos e comportamentos atípicos, alguns com valor patológico e que podem comprometer a adaptação à realidade quotidiana com baixa auto-estima e auto-criticismo acentuado e sofrimento psicológico.

No *perfil-tipo B*, os resultados das escalas encontram-se todas elas dentro dos limites da normalidade, com a excepção da escala (*L*), que poderá indicar a uma tentativa de transmissão de uma imagem favorável de si, através da negação de características e atitudes negativas.

Mais do que dar uma imagem de si positiva, no sentido do *faking good*, o que, a ocorrer, estaria assinalado pela elevação da escala Superlativa (*S*), a tendência dos participantes dos dois grupos é negar comportamentos socialmente indesejável que a escala *L* aponta.

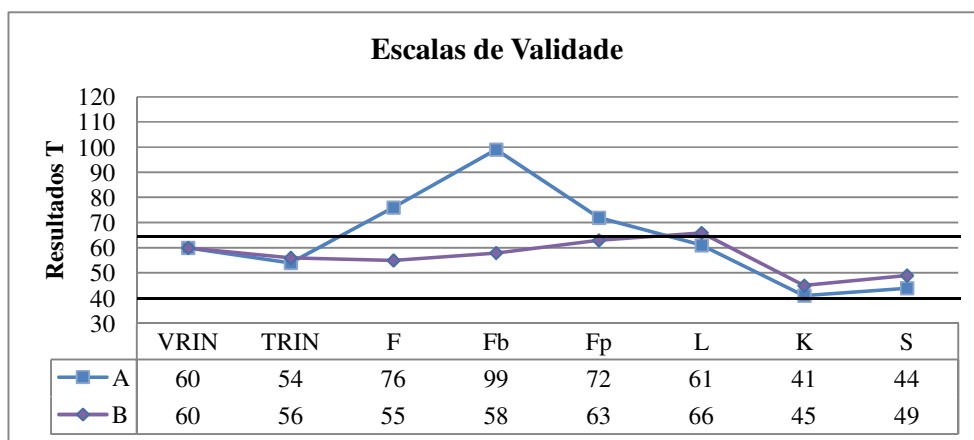


Figura 3.2. Escalas de Validade do MMPI-2: *Perfis-tipo* dos grupos A e B

Relativamente às escalas clínicas (Figura 3.3), o *perfil-tipo A*, com perturbação de personalidade, apresentou resultados superiores aos do B, sem perturbação da personalidade, na maioria das escalas, com excepção das Psicopatia Desviante (*Pd*), Mania (*Ma*) e *Mf*, nas quais apresentaram resultados próximos.

As elevações no *perfil-tipo A*, em sete das dez escalas, indicam claramente a presença de psicopatologia com características de tipo psicótico a que se associam elevações secundárias ligada à depressão, à centração no corpo e na doença física, bem

como à retracção da sociabilidade. Numa análise mais detalhada podemos ainda assinalar as elevações das escalas de *Pt* e *Sc* e *D*. A elevação em *Pt* aponta para a experiência de um grande tumulto e desconforto psicológico, com ansiedade e preocupação extremas, mesmo com pequenos problemas. Sugere comportamentos obsessivo-compulsivos, rigidez moral, pensamentos invasivos e negativos, insegurança e inferioridade, e procura constante do perfeccionismo, com a imposição padrões de vida elevados e com culpa associada quando não são atingidos. É frequente estarem associados traços de timidez e dificuldade no relacionamento social. Indiciam também uma grande dificuldade na tomada de decisão, na capacidade de criar estratégias eficazes para lidar com situações stressantes, distorcendo e ampliando a dimensão real destas situações.

A elevação em *Sc* poderá indicar confusão e desorganização do pensamento, com conteúdos delirantes, pobreza do julgamento, alienação social e dificuldades na comunicação e na expressão de sentimentos, que são muitas vezes comunicados de forma hostil, o que poderá comprometer a capacidade de estabelecer relações próximas. Sugere, ainda, uma grande dificuldade em lidar com situações novas,

A elevação na escala *D* poderá revelar sintomatologia depressiva, que poderá expressar-se sintomaticamente e comportamentalmente. Sugere um estilo de vida marcado por falta de envolvimento emocional íntimo, introversão e um conjunto restrito e convencional de interesses e actividades. Aponta para dificuldades na tomada de decisão, baixa auto-estima e um grande auto-controlo sobre os impulsos.

Outros resultados que se destacam da análise do *perfil-tipo A* são: a) a elevação da *Pa*, que poderá indicar de comportamento psicótico e distúrbios do pensamento; b) a elevação da *Hs* que poderá revelar queixas somáticas vagas, e c) a elevação na Introversão Social (*Si*) que confirma o evitamento social já indiciado, a baixa auto-estima, a ansiedade e preocupação, a preferência por actividades convencionais e uma estrutura de pensamento rígida e inflexível.

Nestes resultados é perceptível um funcionamento marcado por um sofrimento psicológico intenso, grandes dificuldades de adaptação à realidade e retraimento social. A associação dos resultados de *Pt* e *Sc* apontam para um grande tumulto psicológico com perturbação do pensamento, de carácter psicótico, e uma emocionalidade negativa marcada por grande ansiedade e ruminação do pensamento. Todo este sofrimento é reflectivo na elevação de *D*. A elevação de *Pa*, associada a estas elevações acrescenta, ainda, indícios de grande apreensão no relacionamento com os outros.

O *perfil-tipo B* apenas uma elevação ligeira na escala *D*, sugerindo a presença de sintomas depressivos, insatisfação de cada um consigo próprio e com a situação, contexto ou circunstâncias da vida. As outras escalas encontram-se dentro dos valores médios.

Contudo, é surpreendente o valor baixo do perfil clínico base. Tal sugere a ausência de perturbação clínica, tal como anteriormente se havia concluído face à perturbação de personalidade. Este padrão de resultados leva-nos a interrogar se estaremos perante uma situação de *pseudo-equilíbrio*, ou se estaremos perante casos em que o abuso de álcool se inscreve em quadros de inadaptação social ou laboral. Trata-se de situações reactivas face a circunstâncias externas particularmente stressantes e persistentes?

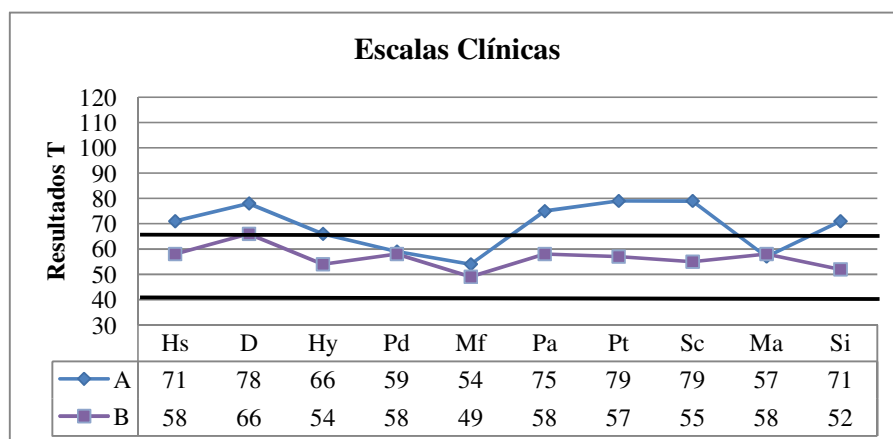


Figura 3.3. Escalas Clínicas Base do MMPI-2: *Perfis-tipo* dos grupos A e B

As elevações mais salientes nas sub-escalas clínicas base são no *perfil-tipo A* e reflectem-se na *D3* (T80), que avalia sintomas somáticos e preocupações com a saúde, as de *D4* (T75), sugerindo baixa capacidade de memória, julgamento e concentração. Destaca-se, ainda, o resultado da *Pd5* (T69), que indicia problemas com o abuso de álcool, infelicidade, desinteresse e sentimentos de culpa. O *perfil-tipo B* apresenta um padrão de respostas muito controlado, com poucas elevações, que se verificam nas escalas *D3* (T68) e *D5* (T66). Os resultados na *D3* revelam a presença de problemas físicos, sintomas somáticos e preocupações com a saúde e os da *D5* revelam falta de energia para lidar com os problemas, falta de confiança nas próprias capacidades, inferioridade, tensão, nervosismo, infelicidade e inutilidade, presença de pensamentos ruminantes, intrusivos e falta de controlo do pensamento.

Os resultados dos *perfis-tipo* A e B nas escalas clínicas de conteúdo, apresentados na Figura 3.4, vão no sentido dos resultados das escalas anteriores, isto é, diferenciam os grupos e contribuem para um aumento de informação sobre cada *perfil-tipo*. Assim, podemos observar que o *perfil-tipo* A apresenta resultados superiores aos do B na maioria das escalas, e ambos *têm* resultados semelhantes nas escalas Cinismo (CYN) e Práticas Anti-sociais (ASP), ambos sem significado clínico.

O *perfil-tipo* A apresenta elevações com significado em nove escalas, resultados destas escalas reforçam os das escalas anteriores. As elevações nas escalas Indicadores Negativos de Tratamento (TRT), Interferência no Trabalho (WRK), Obsessões (OBS) e Ansiedade (ANX) apontam, ainda, no seu conjunto, para ansiedade, pensamentos obsessivos e intrusivos, possivelmente de natureza psicótica, dificuldade na tomada de decisões, preocupações excessivas, dificuldade na adaptação ao ambiente hospitalar, atitudes negativas face aos profissionais de saúde e, ainda, comportamentos e atitudes que aumentam a probabilidade de fraco desempenho profissional.

Os resultados do *perfil-tipo* B situam-se dentro dos valores normativos.

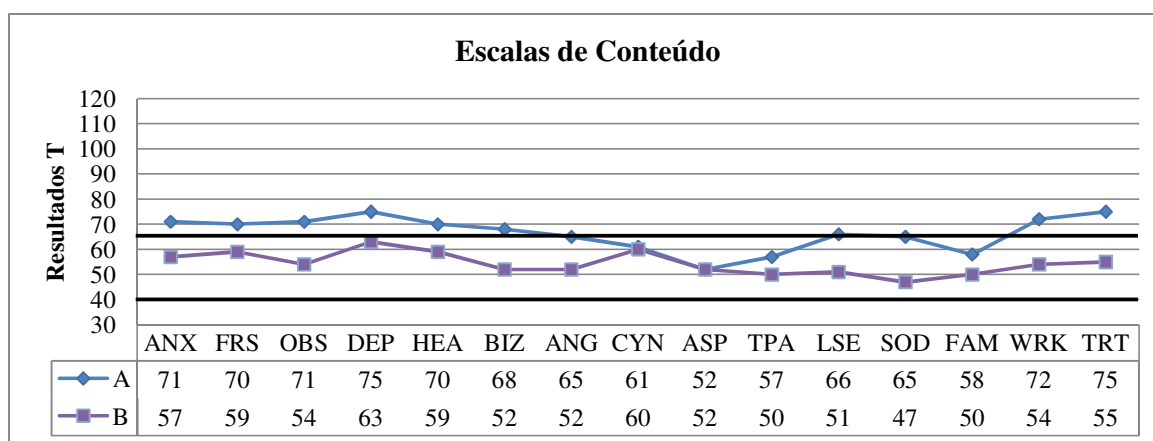


Figura 3.4. Escalas Clínicas de Conteúdo do MMPI-2: *Perfis-tipo* dos grupos A e B

No nível das escalas clínicas suplementares, representadas na Figura 3.5, há a destacar a aproximação dos *perfis-tipo* A e B e dois tipos de dados novos: a) escalas que, pela sua elevação relativa, sugerem a existência de situações traumáticas prévias, ansiedade e problemas conjugais; b) escalas com valores baixos, a nível crítico, que indiciam a assunção de inadaptação e de patologia e a falta de recursos para os enfrentar e fazer face às exigências quotidianas da vida pessoal e laboral.

As elevações com significado clínico no *perfil-tipo A* são nas escalas Perturbação do Stresse Pós-traumático (*PK*), seguida das Ansiedade (*A*), Desajustamento Escolar (*Mt*) e Stresse Conjugal (*MDS*). O resultado da *PK*, muito elevado, poderá revelar stresse pós-traumático, sofrimento emocional intenso, com pensamentos intrusivos e elevada ansiedade, o que vai de acordo com os resultados *A*, perturbação do sono, culpa, medo de perder o controlo emocional e cognitivo, sintomas depressivos e baixa auto-estima. Poderá revelar indivíduos que se sentem incompreendidos e mal-tratados. O resultado de *Mt* é sugestivo de que houve uma, no passado, má adaptação emocional ao meio escolar, e o de *MDS* poderá sugerir a presença de conflitos nas relações conjugais.

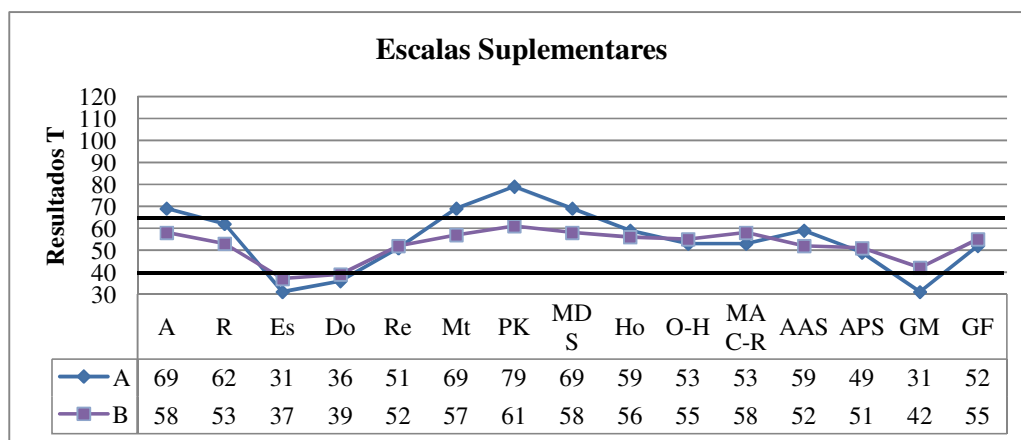


Figura 3.5. Escalas Clínicas Suplementares do MMPI-2: *Perfis-tipo A e B*

Apresenta, ainda, três resultados baixos, nas escalas *Es* (*T31*), *GM* (*T31*) e *Do* (*T36*). Na escala *Es*, os resultados poderão indicar a presença de problemas severos, de carácter estrutural e sugerem reduzida capacidade para lidar com o stresse e um prognóstico terapêutico reservado. Os resultados da escala *GM* estão de acordo com as elevações nas restantes escalas, verificando-se um reconhecimento dos problemas e de vulnerabilidade psicológica e emocional. O resultado baixo na escala *Do*, por seu turno, revela sentimentos de insegurança, pessimismo e baixa auto-estima.

Relativamente ao *perfil-tipo B*, com todas as escalas na zona da normalidade, destaca-se o resultado de *Es* e *Do*, que poderão indicar a presença de problemas de carácter estrutural que não são admitidos. Sugerem, ainda, pouca capacidade para lidar com o stresse e um prognóstico terapêutico reservado. O resultado da escala *Do* aponta para sentimentos de insegurança, pessimismo e baixa auto-estima. Assim, a

possibilidade de um *pseudo-equilíbrio*, já questionado na análise do valor de *L* e das escalas clínicas base, poderá também aqui ser questionado.

DISCUSSÃO

O MMPI é considerado pela literatura como um dos instrumentos mais utilizados na avaliação de características da personalidade de pessoas com abuso de substâncias (Hathaway & McKinley, 1942; Craig, 1983, Egger, Gringhuis, DeMey, Derksen, e Hilberink, 2007; Forbey & Ben-Porath, 2007, Gerra et al., 2008; Polimeni, Moore, Gruenert, 2010).

Dados anteriores na literatura sobre a sua aplicabilidade na tipologia das dependências de álcool revelam dois importantes *clusters* nas escalas clínicas do MMPI-2: a) um que se caracteriza por características predominantemente anti-sociais, com baixa conscienciosidade e falta de capacidade para controlar emoções e b) outro que se caracteriza por um marcado neuroticismo, elevada ansiedade, alienação social, tendências passivo-agressivas e depressão (Egger et al, 2007).

As escalas que avaliam directamente comportamentos aditivos são: a *MAC-R*, que avalia o potencial para desenvolver problemas de abuso de substâncias; a *AAS*, que avalia o reconhecimento de problemas com o abuso de álcool e, finalmente, a *APS*, que avalia a existência de abuso de substâncias actual ou passado (mesmo em situações de negação) previsão de abuso futuro e personalidade anti-social. Paralelamente a estas escalas, a *Pd*, que avalia comportamentos anti-sociais, impulsividade, hostilidade, desrespeito por normas sociais e pela autoridade, também é referida como associada aos quadros de consumo de álcool (Graham, 2000). A análise dos resultados do nosso estudo não revelou elevações significativas.

Tais resultados podem estar relacionados com o contexto de avaliação clínico-laboral da nossa amostra. Sendo composta por agentes militares e policiais, podemos estar perante participantes com motivação para transmitir uma imagem favorável e negar características e comportamentos socialmente indesejáveis e alvo de represálias no contexto militar e policial. Esta hipótese foi inclusivamente sugerida pelo conjunto de resultados obtidos nas escalas de validade dos *perfis-tipo A* e *B*. Outra razão poderá prender-se com os baixos indicadores de validade destas escalas (Anexo C, Quadro 1 e 2) que, por seu turno, poderão estar relacionados com a evidência dos itens que compõem estas escalas.

A ineficácia encontrada nestas escalas apoia a pertinência de compreender as dimensões e traços de personalidade que se constituem como factores de vulnerabilidade para o abuso de álcool, na tentativa de procurar outras escalas deste instrumento significativas para avaliar o abuso, ou a tendência para o abuso de álcool. Apoia também a necessidade de analisar como é que estas dimensões e traços se configuram em perfis do MMPI-2.

É possível resumir as variáveis de personalidade relacionadas na nossa revisão de literatura com o aumento da vulnerabilidade ao abuso no Quadro 2, no qual podemos encontrar uma proposta das escalas do MMPI-2 que, segundo a literatura, poderão avaliar estas características.

Quadro 2. Dimensões da Personalidade Associadas à Vulnerabilidade ao Abuso de Álcool e Escalas do MMPI-2 que os Avaliam

Dimensões Associadas à Vulnerabilidade ao Abuso de Álcool ²	Escala(s) ³
<p><u>Personalidade Tipo I:</u></p> <p>Evitamento social, de situações novas e com risco potencial; evitamento mudanças no estilo de vida; procura da estabilidade e da rotina.</p> <p>Tipo I de personalidade traduzir-se-ia em: Baixa abertura à experiência e extroversão e elevado neuroticismo e conscienciosidade.</p>	<p>Elevadas: <i>Pt, Sc, Si,</i> <i>ANX, OBS, DEP, LSE,</i> <i>SOD, A, R, NEGE,</i> <i>INTR.</i> Baixas: <i>Es; DISC</i></p>
<p><u>Personalidade Tipo II:</u></p> <p>Procura de actividades marcadas pela espontaneidade, pela novidade, pelo risco e dirigidas para estimulação sensorial; falso sentido de invulnerabilidade pessoal; reduzida empatia, agressividade e imaturidade na tomada de decisão; outros vistos como intolerantes; extroversão; baixo controlo dos impulsos; tendências narcísicas; características anti-sociais (álcool relacionado com a socialização, excitação e redução da inibição).</p> <p>Tipo II de personalidade traduzir-se-ia em: Elevada abertura à experiência e extroversão e neuroticismo e baixa amabilidade e conscienciosidade.</p>	<p>Elevadas: <i>Hy, Pd, Pa,</i> <i>Sc, Ma, ANG, ASP,</i> <i>MAC-R, AAS, Ho,</i> <i>AGGR, DISC.</i></p>

² Cloninger et al. (1988); Sher et al (1999); Thull & Sher (1994); Ruiz, Pincus & Dickinson (2003); Loukas, Krull, Chassin & Carle (2000); Cloninger & Sigvardson (1996, in Strada, Karmely & Donohue, 2006).

³ Graham (2000); Friedman, Lewak, Nichols & Webb (2001); Nichols, D. S. (2001); Butcher & Beutler (2003).

O nosso objectivo primeiro era verificar em que medida a personalidade se constitui como um factor associado ao abuso de álcool, objectivo que foi cumprido com a revisão dos resultados e com as investigações de Cloninger et al. (1988); Sher et al (1999); Thull & Sher (1994); Ruiz, Pincus & Dickinson (2003); Loukas, Krull, Chassin & Carle (2000); Cloninger & Sigvardson (1996) (Strada, Karmely & Donohue, 2006), que afirmaram que a personalidade, bem como o sofrimento psicológico, se constituem como um facto associado ao abuso de álcool.

Com base nesta evidência, pretendemos explorar a existência de diferentes tipos de vulnerabilidade e a sua eventual expressão através de diferentes configurações (perfis de escalas de personalidade e de psicopatologia) do MMPI-2. Apesar de se tratar de uma amostra composta por indivíduos diagnosticados com a mesma perturbação – perturbação do abuso de álcool – a análise da amostra global não revelou a existência de um padrão de respostas comuns. Contudo, permitiu a diferenciação dos participantes em dois grupos com características distintivas: o grupo A de participantes, com evidências de perturbação de personalidade, subjacente a perturbações clínicas; e o grupo B de participantes, cujos resultados não revelaram indícios de perturbação da personalidade, nem de outras perturbações clínicas, inclusivamente a perturbação de abuso de álcool.

A construção de dois perfis (*perfis-tipo*) representativos dos resultados dos participantes de cada um dos grupos permitiu identificar diferentes configurações de personalidade, que se assemelhavam aos do modelo de Cloninger e Sigvardsson (1996). No quadro 3 apresentamos um resumo e organização dos resultados por *perfil-tipo*. Com ele podemos verificar que o segundo e terceiro objectivos deste trabalho foram alcançados.

De facto, nos nossos participantes pudemos verificar um *tipo de personalidade* (reflectido no *perfil-tipo* A) caracterizado por um grande tumulto e sofrimento psicológico, com por traços estruturais de personalidade de conformismo, evitamento de situações novas e sociais, elevado neuroticismo, com perturbação do pensamento, marcada por um carácter psicótico, falta de confiança dos outros que, em conjunto com os restantes traços, revelava uma grande dificuldade de adaptação à realidade e de relacionamento emocional e íntimo. Verificamos ainda, um segundo *tipo de personalidade* (reflectido no *perfil-tipo* B) caracterizado pela ausência de perturbação de personalidade, e por características de uma maior extroversão, maior capacidade de

relacionamento inter-pessoal, maior capacidade de adaptação à realidade, menos ansiedade e maior procura por estimulação.

Estes dois *tipos de personalidade* são compatíveis com os Tipos de Personalidade I e II, respectivamente, propostos pelo modelo de Cloninger e Sigvardsson (1996) e outros autores que relacionaram determinados traços de personalidade com a vulnerabilidade ao abuso de álcool.

Quadro 3. Resultados dos *Perfis-tipo* dos Grupos A e B e Escalas do MMPI-2 com Valor Clínico

Dimensões e Traços	Escala(s)
<u>Perfil-tipo A:</u>	
Dificuldades de adaptação à realidade; elevada emocionalidade negativa; baixo controlo emocional; desconforto e evitamento de situações novas sociais, baixa auto-estima e baixa resistência às dificuldades; preferência por um estilo de vida convencional, conformista; perfeccionismo; controlo dos impulsos e do ambiente.	Elevadas: <i>PSYC; NEGE; INTR, F; Fb; Fp; Hs, D, Hy, Pa, Sc, Si, ANX, FRS; OBS, DEP, HEA, BIZ, WRK, TRT, A, Mt, PK, MDS.</i>
Esta estrutura de personalidade traduz-se em:	
Baixa abertura à experiência e extroversão e elevado neuroticismo e conscienciosidade.	Baixas: <i>DISC; Es; Do; GM.</i>
<u>Perfil-tipo B:</u>	
Insatisfação com a vida e com a situação actual; <i>pseudo-equilibrio</i> marcado por ausência de resultados elevados, apesar de se tratar de uma amostra clínica; estilo de resposta defensivo, com negação dos comportamentos socialmente indesejáveis.	Elevadas: <i>L; D.</i>
Os resultados deste <i>perfil-tipo</i> revela uma estrutura de personalidade traduzir-se-ia em:	Baixas: <i>DISC; Es; Do; GM.</i>
Maior abertura à experiência e extroversão.	

Apensar da aproximação às características do modelo de Cloninger e Sigvardsson (1996) serem mais nítidas no caso do *perfil-tipo A*, o *perfil-tipo B* aproxima-se na medida em que apresenta características marcadas por uma maior extroversão e menor emocionalidade negativa, sem demonstração de ansiedade ou ruminação do pensamento.

Estes resultados sugerem dois tipos de vulnerabilidade diferentes aos consumos. Enquanto no caso do *perfil-tipo A*, à semelhança do que defendia Cloninger e Sigvardsson (1996), o álcool parecia ser procurado como forma de aliviar ansiedade e a emocionalidade negativa, bem como as dificuldades de adaptação à realidade e de relacionamento, no caso do *perfil-tipo B*, o álcool parece utilizado como forma de estimulação sensorial adicional e de socialização.

Os resultados evidenciaram ainda, que há sinais de diferentes níveis de perturbações do humor e de ansiedade associados a diferentes tipos de personalidade, nomeadamente ao caso do *perfil-tipo A*. Contudo, não revelaram a associação de perturbação anti-social da personalidade associados a diferentes tipos de vulnerabilidade.

CONCLUSÃO

O estudo realizado foi delineado de modo a verificar em que medida a personalidade se constitui como um factor associado ao abuso de álcool e quais as características susceptíveis de serem sinalizadas numa avaliação psicológica em contexto clínico-laboral. Pretendíamos também explorar a existência de diferentes tipos de vulnerabilidade e a sua eventual expressão através de diferentes configurações (perfis de escalas de personalidade e de psicopatologia) do MMPI-2.

Permitiu-nos validar algumas das propostas da literatura. A análise do conjunto dos protocolos do MMPI-2 permitiram identificar a diferenciação de dois tipos de situações: um grupo de participantes (Grupo A) revelou sinais de perturbação clínica associada a perturbação da personalidade e outro grupo (Grupo B), não obstante a condição clínica, não se revelam indicadores de comorbilidade clínica nem de perturbações de personalidade.

Esta diferenciação põe em evidência o facto de que as situações de consumo abusivo de álcool estão associadas a funcionamentos psíquicos bem distintos. De acordo com a configuração dos *perfis-tipo* dos dois grupos, os resultados revelaram, diferenças estruturais de personalidade e diferenças nos níveis sofrimento psicológico, na desorganização do pensamento e do funcionamento, na capacidade de adaptação à realidade e na capacidade de relacionamento interpessoal. No *perfil-tipo A* foram identificadas perturbações da personalidade associadas a elevado sofrimento psicológico e emocionalidade negativa, dificuldades no relacionamento interpessoal, grande introversão social e problemas de adaptação à realidade. No *perfil-tipo B* não são patentes características que indiquem uma estrutura patológica de personalidade nem existem, nas escalas clínicas, grandes indicações de sofrimento psicológico. Estes resultados poderão ser indicadores de uma *pseudo-normalidade*, por não reflectirem a condição clínica do grupo dos participantes. Estes participantes destacam-se, ainda, por um funcionamento mais marcado pela extroversão, pela necessidade de actividade e pela procura de sensações.

Os resultados obtidos são concordantes com o modelo de Cloninger e Sigvardsson (1996). O *perfil-tipo A* com traços de personalidade próximos dos indicados para o Tipo I de personalidade. Estas semelhanças são identificadas pelas elevações nas escalas de introversão social (*INTR e Si*), de neuroticismo (*PSYC, NEGE, Pt Sc e Pa*), assim como por resultados baixos nas escalas de extroversão e de abertura

à experiência. Os resultados deste grupo assemelham-se ao segundo *cluster* encontrado por Egger et al (2007) no MMPI-2 de uma população com abuso de álcool e que foi caracterizado por um elevado nível de neuroticismo, ansiedade, alienação social, tendências passivo-agressivas e depressão.

Por seu turno, o *perfil-tipo* B, sem indícios de perturbação de personalidade e sugestivo de estilo de resposta defensivo, vulnerabilidade emocional associada a grande controlo do sofrimento. Aproxima-se da descrição do Tipo II de personalidade proposto no estudo em referência, com resultados mais baixos nas escalas que avaliam o neuroticismo.

Não obstante os resultados obtidos, o estudo realizado apresenta algumas limitações.

A primeira prende-se com o número reduzido de participantes. Apesar do sentido das evidências ir ao encontro dos dados da literatura, o facto de se tratar de um estudo exploratório com uma pequena amostra impediu análises inferenciais a partir de testes de hipóteses, bem como a generalização das conclusões a populações com a mesma condição clínica. Contudo, este estudo permite evidenciar uma relação clara entre as variáveis de personalidade e a vulnerabilidade ao abuso de álcool. Desta forma, mais estudos são necessários para que se aprofunde estas relações e se construa uma base teórica mais consistente neste âmbito.

Uma segunda e importante limitação prende-se com o contexto de avaliação e a natureza da amostra - agentes militares e policiais. Estamos a referir-nos a um tipo de profissão rígido e exigente, o que poderá suscitar alguma defensividade por parte dos participantes em dar respostas sinceras sobre as suas características e comportamentos socialmente indesejáveis. É de considerar o receio de represálias ou penalizações na carreira decorrentes da sinalização de uma perturbação. Apesar de os participantes terem sido voluntários e de todos eles estarem clinicamente referenciados, é legítimo considerar que a sua atitude avaliativa condiciona os resultados obtidos. Novos estudos com casos clínicos em contexto laboral são necessários.

O instrumento de avaliação, apesar da sua inquestionável importância, utilidade e eficácia, poderá ter também algumas limitações. Em primeiro lugar pela natureza dos itens, alguns deles de conteúdo relativamente evidente que permitem que o participante, no caso de uma atitude de defensividade face ao teste, detecte aquilo que está a ser avaliado e envie a sua resposta no caso de estarmos perante um estilo de resposta defensivo. Por outro lado, não podemos esquecer-nos que o instrumento foi aplicado

ainda na sua versão experimental, no âmbito da sua aferição para Portugal, sem que se tenha ainda garantias de que as escalas que o constituem mantêm a validade, na população portuguesa, em particular na população avaliada neste estudo, das escalas originais. Ainda no seguimento desta limitação, mais estudos são necessários sobre a aplicação deste instrumento a esta população específica, mesmo com o instrumento original, para que as suas conclusões auxiliem a interpretação dos resultados, tendo em conta as particularidades da população e da profissão.

Finalmente, penso que outra limitação se prende com a ausência de dados adicionais sobre os participantes, que permitissem uma análise contextual dos resultados, enriquecendo, assim, o aprofundamento e o alcance das conclusões do estudo.

Ao nível das potenciais implicações, a pertinência de conhecer quais as variáveis de personalidade que se podem constituir como factor de vulnerabilidade ao desenvolvimento de uma perturbação de abuso de álcool, particularmente numa população que está sob outro factor de risco importante – o stress ocupacional, foi anteriormente enfatizada neste estudo. Conhecer estas variáveis tornará possível uma intervenção directa naquelas que se constituem como um factor de risco, reduzindo ou eliminando os seus efeitos.

Isto, por sua vez, terá implicações na possibilidade de redução dos consumos abusivos de álcool, principalmente nesta profissão específica, onde se sabe que existem, e têm efeitos tão nocivos para os indivíduos como para as comunidades que defendem.

Por outro lado, conhecer a aplicabilidade de instrumentos na avaliação destes factores terá três principais vantagens. Em primeiro lugar, permite a sinalização atempada de casos de risco, em indivíduos que exerçam esta profissão de elevado stress, permitindo a intervenção nestes mesmos factores. Em segundo lugar, também servindo objectivos de selecção profissional, permitirá a protecção daqueles indivíduos com vulnerabilidade inerente, pelas suas características pessoais, para desenvolver esta perturbação, vulnerabilidade que se tornaria ampliada pelo desempenho de uma profissão de risco. Permitirá, conseqüentemente, a protecção das comunidades, por colocar ao dispor delas agentes militares e policiais cada vez mais capacitados a tolerar o stress, os quais, através de uma intervenção eficaz, poderão desenvolver melhores estratégias de *coping* e adaptação, permitindo uma gestão eficaz de todas as situações de perigo a que estão expostos.

Finalmente, este trabalho contribui para fornecer algumas pistas de como podem ser desenhados os objectivos de futuros trabalhos neste âmbito de investigação, por ir de encontro à teoria de Cloninger e Sigvardsson (1996), constituindo-se como mais uma evidência de que parece não existir “*um tipo de personalidade*” inerente a esta perturbação, mas antes uma configuração específica de traços que se organizam em diferentes estruturas e contribuem para diferentes tipos de vulnerabilidade ao consumo abusivo de álcool.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., rev.). Washington: American Psychiatric Association.
- Agolla, J. E. (2009). Occupational stress among police officers: the case of Botswana Police Service. *Research Journal of Business Management*, 2(1), 25 – 35.
- Babor, T. F. (1993). Nosological considerations in the diagnosis of substance use disorders. In M. Glantz, & R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to Drug Abuse* (pp. 53 - 71). Washington: American Psychological Association.
- Beehr, T. A. (1998). An organizational psychology meta-model of occupational stress. In C. L. Cooper (Eds.), *Theories of Organizational Stresse* (pp. 6 – 27). New York: Oxford University Press.
- Bray, R. M., Marsden, M. E., Herbold, J. R., & Peterson, M. R. (1992). Progress toward eliminating drug and alcohol abuse among U. S. military personnel. *Armed Forces & Society*, 18, 4, 476 – 496.
- Bry, B. H., McKeon, P., & Pandina, R. J. (1982). Extent of drug use as a funtion of the number of risk factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 273 – 279.
- Butcher, J. N. & Beutler, L. E (2003). The MMPI-2. In L. Beutler & G. Groth Marnat (Eds.). *Integrative Assessment of Adult Personality* (2nd Ed) (pp. 157 – 191). New York: Guilford
- Butcher, J. N, Jeffrey, T., Gayton, T. G., Colligan, S., DeVore, J. R., & Minegawa, R. (1990). A study of active duty military personnel with the MMPI-2. *Military Psychology*, 2(1), 47 – 61.
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *The Annual Review of Psychology*, 61, 679–704.

- Clayton, R. R. (1993). Transitions in drug use: risk and protective factors. In M. Glantz, & R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to Drug Abuse* (pp. 15 - 52). Washington: American Psychological Association.
- Cloninger, R. C., & Sigvardsson, S. (1996). Type I and Type II Alcoholism: psychological aspects. *Alcohol Health and Research World*, 20, 18 – 23.
- Davey, J. D., Obst, P. L., & Sheehan, M. C. (2001). It goes with the job: Officers insights into Stress and the culture of alcohol consumption within the policing occupation. *Drug Educ. Prevent. Policy*, 8, 141 – 149.
- Dias, A. M. (2001). Um líquido metonímico. Alcoolismo e relação de objecto através do Rorschach e da Escala de Mutualidade de autonomia. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade de Lisboa.
- Garcia, F. E. (1996). The determinants of substance abuse in the workplace. *Social Science Journal*, 33(1), 55 – 68.
- Edwards, G. (1986). The alcohol dependence syndrome: A concept as stimulus to enquiry. *British Journal of Addiction*, 81, 171 – 183.
- Egger, J. I., Gringhuis, M., Breteler, M. A., Mey, H. R., Wingbermuhle, E., Derksen, J. J., & Hilberink, S. (2007). MMPI-2 clusters of alcohol-dependent patients and the relation to Cloninger's temperament-character inventory. *Acta Neuropsychiatrica*, 19, 238–243.
- Friedman, A. F., Lewak, R., Nichols, D. S., & Webb, J. T. (2001). *Psychological Assessment With the MMPI-2*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Glantz, M. D. & Pickens, R. W. (1993). Vulnerability to drug abuse: introduction and overview. In M. Glantz, & R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to Drug Abuse* (pp. 1 - 15). Washington: American Psychological Association.
- Graham, J. R. (2000). *MMPI-2: Assessing Personality and Psychopathology*. New York: Oxford University Press.

- Guppy, A., & Marsden, J. (2003). Alcohol and drug misuse and the organization. In M. J. Schabracq, J. A. Winnubst, & C. L. Cooper (Eds.), *The Handbook of Work & Health Psychology*. Canada: John Wiley & Sons Canada, Ltd.
- Hanson G. R; Venturelli, P. J.; Fleckenstein, A. E. (2008). Introduction to drugs and society. In G. R. Hanson, P. J. Venturelli, & A. E. Fleckenstein (Eds.), *Drugs and Society* (pp. 1 – 45). London: Jones and Bartlett Publishers International.
- Holder, H. D., & Cunningham, D. W. (1992). Alcoholism treatment for employees and family members: its effect on health care costs. *Alcohol Health and Research World*, 16(2), 149 – 153.
- Hong, R. Y., & Paunonen, S. V., (2009). Persinality traits and health-risk behaviours in university students. *European Journal of Personality*, 23, 675 – 696.
- Kammeier, M. L., Hoffmann, H., & Loper, R. G. (1973). Personality characteristics of alcoholics as college Freshmen and at time of treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 34, 390 – 399.
- Kline, P. (1993). The meaning of personality. In P. Kline (Ed.), *Personality. The Personality View*. New York: Routledge.
- Kornfeld, A. D. (1995). Police officer candidate MMPI-2 performance: gender, ethnic, and normative factors. *Journal of Clinical Psychology*, 51(4), 536 – 540.
- Lima, M. P. & Simões, A. (2000). A teoria dos cinco factores: uma proposta inovadora ou apenas uma boa arrumação do caleidoscópio personológico? *Análise Psicológica*, 2(18), 171 – 179.
- Moriarty, A. R. (1989). Police psychological screening: the third generation. *The Police Chief*, 36–39.
- McAdams D. P., & Olson, B. D. (2010). Personality development continuity and change over the life course. *Annual Review of Psychology*, 61, 517 – 542.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52(5), 509 – 516.

- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2006). A trait approach to personality. In R. R. McCrae, & P. T. Costa (Eds.), *Personality in Adulthood. A Five-Factor Theory Perspective* (pp. 20 - 36). New York: Guilford Press.
- Nathan, P. E., Skinstad, A. H., Langenbucher, J. W. (1999). Substance Abuse. Diagnosis, comorbidity, and psychopathology. In T. Millon,; P. H. Blaney, & R. D. Davis (Eds.), *Oxford textbook of psychopathology*, Vol. 4 (pp. 249-276). New York: Oxford University Press.
- Newcomb, M. D.; Maddahian, E., & Bentler, P. M. (1986). Risk factors for drug use among adolescents: concurrent and longitudinal analyses. *American Journal of Public Health*, 76, 157 – 169.
- Nichols, D. S. (2001). *Essentials of MMPI-2 assessment*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Pihl, R. O. (1999). Substance abuse: etiological considerations. In T. Millon,; P. H. Blaney, & R. D. Davis (Eds.), *Oxford textbook of psychopathology*, Vol. 4 (pp. 249-276). New York: Oxford University Press.
- Polich, J. M. (1981). Epidemiology of alcohol abuse in military and civilian populations. *American Journal of Public Health*, 71(10), 1125 – 1132.
- Polimeni, A., Moore, S. N, Gruenert, S. (2010). MMPI-2 profiles of clients with substance dependencies accessing a therapeutic community treatment facility. *Journal of Applied Psychology*, 6(1), 1 – 9.
- Ortega, A., Brenner, S., & Leather, P. (2006). Occupational stress, coping and personality in the police: an SEM study. *International Journal of Police Science & Management*, 9(1), 36 – 50.
- Richman, J. A., Shinsako, S. A., Rospenda, K. M., Flaherty, J. A., & Freels, S. (2002). Workplace harassment/abuse and alcohol-related outcomes: the mediating role of psychological distress. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 412 – 419.
- Roman, P. M., & Blum, T. C. (2002). The workplace and alcohol problem prevention. *Alcohol Research and Health*, 26(1), 49 – 57.

- Ruiz, P., Strain E. C, & Langrod, J. L. (2007). Determinants of substance abuse and dependence. In P. Ruiz; E. C. Strain, & J. L. Langrod (Eds), *The Substance Abuse Handbook* (pp. 3 - 18). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ruiz, M. A., Pincus, A. L., & Dicjinson, K. A. (2003). NEO PI- R predictors of alcohol use and alcohol-related problems. *Journal of Personality Assessment*, 81, 226 – 236.
- Ruiz, P., Strain E. C, & Langrod, J. L. (2007). Alcohol. In (Eds) *The Substance Abuse Handbook* (pp. 20 - 30). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sigler, R. T., & Thweatt, D. R. (1997). Religiosity and stress for police officers. *Journal of Police Criminal Psychology*, 12, 13 – 24.
- Schneider, R. J.; Casey, J., & Kohn, R. (2000). Motivational *versus* confrontational interviewing: a comparison of substance abuse practices at employee assistance programs. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 27(1), 60 – 74.
- Sellbom, M., & Ben-Porath, Y. S. (2006). Introduction to forensic uses of clinical assessment instruments. In R. P. Arche (Ed.), *Forensic Use of Clinical Assessment Instruments*. New York: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Silva, D., Novo, R., Prazeres, N., & Pires, R. (2006). MMPI-2: versão experimental portuguesa. Lisboa: Centro de Investigação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Simmers, K. D., Bowers, T. G., & Ruiz, J. M. (2003). Pre-employment psychological testing of police officers: the MMPI and the IPI as predictors of performance. *International Journal of Police Science & Management*, 5(4), 277 – 294.
- Stahl, S. M. (2000). Psychopharmacology of reward and drug of abuse. S. M. Stahl (Ed.), *Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications* (pp. 499 – 538). New York: Cambridge University Press.
- Strada, M. J., Donohue, B. C. (2004). Substance abuse. In M. Hersen & J. C. Thomas (Eds.), *Psychopathology in the Workplace. Recognition and Adaptation*. (pp. 75 – 91). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

- Strada, M. J., Karmely, J., Donohue, B. (2006). Alcohol Abuse and Dependence. In M. Hersen & J. C. Thomas (Eds.), *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology*. Volume II (pp. 337 – 353). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Sher, k. J., Trull, T. J, Bartholow, B. D., Vieth, A. (1999). Personality and alcoholism: issues, methods, and etiological processes. In K. E. Leonard, & H. T. Blane (Eds.), *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism* (pp. 55 - 103). New York, The Guilford Press.
- Trull, T. J. & Sher, K. J. (1994). Relationship between the five-factor model of personality and Axis I disorders in a nonclinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 350-360.
- Thomas, J. C, & Davies, M. (2004). Stress, working, conditions, and work-life events. In M. Hersen & J. C. Thomas (Eds.), *Psychopathology in the Workplace. Recognition and Adaptation*. (pp. 25 – 55). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Veague, H. B; Collins, C.; Levitt, P. (2007). Personality disorders. an overview. In (Eds), *Personality Disorders* (pp. 1 - 13). New York: Infobase Publishing.
- WORLD HEALTH ASSOCIATION (1951). First Session of the Alcoholism Subcommittee. Expert Committee on Mental Health. World Hlth Org. techn. Rep. Ser., 42.
- WORLD HEALTH ASSOCIATION (1977). Common Alcohol-Related Disorders. Excerpts from Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death.

ANEXOS

ANEXO A – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES

ANEXO B – DADOS CLÍNICOS DOS PARTICIPANTES

ANEXO C – CARACTERIZAÇÃO DAS ESCALAS DO MMPI-2

ANEXO D – RESULTADOS NAS ESCALAS DO MMPI-2 POR PARTICIPANTE E POR *PERFIL-TIPO*

Anexo A – Dados Sócio-demográficos dos Participantes

Quadro 1. Dados Sócio-demográficos dos Participantes

	Nº	Sexo	Idade	Área de Residência	Estado Civil	Agregado Familiar	Escolaridade	Profissão	Situação Profissional
Grupo A	1	M	53	Lisboa	Casado	3	Secundário	PSP	Baixa
	2	M	43	Lisboa	Casado	2	3º Ciclo	Militar	Baixa
	3	M	50	Açores	Casado	2	2º Ciclo	PSP	Baixa
	4	M	47	-	-	-	3º Ciclo	-	-
	5	M	54	Lisboa	Casado	2	3º Ciclo	PSP	Baixa
Grupo B	6	M	38	Açores	Divorciado	-	Secundário	Patrulheiro	Baixa
	7	M	55	Açores	Viúvo	1	2º Ciclo	PSP	Baixa
	8	M	66	Lisboa	Casado	2	-	Militar	Reformado
	9	M	34	Açores	Divorciado	2	3º Ciclo	PSP	Baixa
	10	M	38	Lisboa	Solteiro	2	Licenciatura	Militar	Desempregado
	11	M	41	Lisboa	Casado	2	Secundário	Militar	Baixa
	12	M	54	Lisboa	Casado	2	2º Ciclo	PSP	Baixa

Nota. O traço horizontal significa ausência de resposta por parte do participante.

Anexo B – Dados Clínicos dos Participantes

Quadro 2. Dados Clínicos dos Participantes

Nº		Quadro Clínico	Informações Relevantes
Grupo A	1	Transtorno mental e do comportamento devido ao abuso de álcool	Manifestações da perturbação desde os 25 anos. Procurou psicólogo/psiquiatra há 11 anos, por abuso de álcool. Refere não ter doença do foro físico ou psiquiátrico e não viveu, no último ano, situações stressantes. Em tratamento psicofarmacológico.
	2	Transtorno mental e do comportamento devido ao abuso de álcool	Diagnóstico estabelecido em 22/07/2009 e está no segundo internamento, foi e está a ser seguimento por psicólogo/psiquiatra. Refere ter depressão crónica. Não viveu, no último ano, situações stressantes. Em tratamento psicofarmacológico.
	3	Consumo abusivo de álcool	-
	4	Transtorno mental e do comportamento devido ao abuso de álcool	Manifestações da perturbação desde os 16 anos. Não respondeu a questões sobre os dados sócio-demográficos. Encontra-se em fase de pós-desintoxicação e está em tratamento psicofarmacológico.
	5	Perturbação da Personalidade Borderline e abuso de álcool	Está a ser seguido por psiquiatra há 7 anos e por psicólogo há 4 anos. Não viveu, no último ano, situações stressantes. Apresenta comportamentos auto-mutilatórios e está em tratamento psicofarmacológico.
Grupo B	6	Consumo abusivo de álcool	Diagnóstico estabelecido em 2011. Refere não ter doença do foro físico ou psiquiátrico. Está a ser seguido regularmente por psicólogo/psiquiatra e indica a presença de sintomas de ansiedade e stress devido ao divórcio e à custódia do filho. Está em tratamento psicofarmacológico.
	7	Consumo abusivo de álcool	Negação dos consumos.
	8	Transtorno mental e do comportamento devido ao abuso de substâncias	Refere não ter doença do foro físico ou psiquiátrico e nunca ter procurado ajuda psicológica/psiquiátrica. Não vive nem viveu, no último ano, situações stressantes. Está em tratamento psicofarmacológico.
	9	Consumo abusivo de álcool	Indica consumo de álcool esporádico e refere não ter doença do foro físico ou psiquiátrico. Procurou, no passado, ajuda de psicólogo/psiquiatra. Não vive nem viveu, no último ano, situações stressantes. Está em tratamento psicofarmacológico.
	10	Transtorno mental e do comportamento devido ao abuso de múltiplas substâncias	Manifestações da perturbação desde os 16 anos. Procurou ajuda de psicólogo/psiquiatra, no passado, para tratamento de toxicodependência. Refere não ter doença do foro físico ou psiquiátrico e não vive nem viveu, no último ano, situações stressantes. Está em tratamento psicofarmacológico.
	11	Transtorno mental e do comportamento devido ao abuso de múltiplas substâncias	Diagnóstico estabelecido em 28/01/2011. Refere não ter doença do foro físico ou psiquiátrico e nunca ter procurado ajuda psicológica/psiquiátrica. Não vive nem viveu, no último ano, situações stressantes. Está em tratamento psicofarmacológico.
	12	Depressão e consumo abusivo de álcool	Diagnóstico estabelecido em 1995, ano em que foi internado por tentativa de suicídio e consumo abusivo de álcool. Recaídas nos consumos em 1998, 2004, 2007 e 2008. Tem acompanhamento psiquiátrico desde 1995 e psicológico desde 2007. Refere viver situação stressante desde o último ano derivado à recaída de depressão, acentuada por lesão de um familiar próximo. Está em tratamento psicofarmacológico.

Nota. O traço horizontal significa ausência de informações clínicas sobre o participante.

Anexo C – Caracterização das Escalas do MMPI-2

Quadro 1. Escalas de Validade do MMPI-2

Designação e Composição das Escalas	Dimensões Avaliadas
Não sei (?)	Nº de omissões ou de itens respondidos com duas respostas.
Mentira (L) <i>15 itens</i>	Tentativas deliberadas e pouco sofisticadas de apresentar uma imagem favorável de si.
Infrequência (F) <i>60 itens</i>	Formas de resposta atípicas que identificam comportamentos desviantes, pensamento paranóide e atitudes anti-sociais.
Correcção (K) <i>30 itens</i>	Tentativas sofisticadas de negação ou exagero da psicopatologia.
Infrequência - Psicopatologia (Fp) <i>27 itens</i>	Respostas pouco frequentes para contextos clínicos e não-clínicos aos itens iniciais do inventário.
Infrequência final (Fb) <i>40 itens</i>	Respostas pouco frequentes aos itens finais do inventário.
Escala Superlativa (S) <i>50 itens</i>	Tentativas de apresentar uma imagem favorável de si.
VRIN <i>94 itens</i>	Respostas inconsistentes.
TRIN <i>40 itens</i>	Respostas inconsistentes.

Quadro 2. Escalas Clínicas base do MMPI-2

Designação e Composição das Escalas	Dimensões Avaliadas	Indicadores de Validade
Hipocondria (Hs) 32 itens	Preocupação excessiva com o funcionamento do organismo; queixas somáticas vagas.	.77 M e .81 F
Depressão (D) 57 itens	Sintomatologia depressiva (desânimo, desesperança, tristeza, desinteresse e retardamento psicomotor).	.59 M e .64 F
Histeria (Hy) 60 itens	Reacções histéricas face ao stress; negação da saúde física; negação de problemas psicológicos e emocionais.	.58 M e .56 F
Desvio Psicopático (Pd) 50 itens	Comportamentos anti-sociais, impulsividade; hostilidade; desrespeito por normas sociais e pela autoridade.	.60 M e .62 F
Masculinidade - feminilidade (Mf) 56 itens	Adaptação aos papéis relacionados com o género.	.58 M e .37 F
Paranóia (Pa) 40 itens	Pensamento paranóide; sensibilidade; cinismo; moralismo.	.34 M e .39 F
Psicastenia (Pt) 48 itens	Sintomas, comportamentos e pensamentos obsessivos; compulsões e medos irracionais.	.84 M e .87 F
Esquizofrenia (Sc) 78 itens	Sintomas psicóticos; alienação social; distância afectiva; dificuldade no controlo dos impulsos.	.85 M e .86 F
Hipomania (Ma) 46 itens	Sintomas hipomaníacos (humor elevado, discurso e actividade motora aceleradas).	.58 M e .61 F
Introversão social (Si) 70 itens	Evitamento de contactos e responsabilidades sociais.	.82 M e .84 F

Nota. A sigla M representa a população normativa masculina e a F representa a feminina.

Quadro 3. Escalas de Personalidade do MMPI-2

Designação e Composição das Escalas		Dimensões
Agressividade (AGGR)	18 itens	Agressividade e hostilidade.
Psicoticismo (PSYC)	25 itens	Sintomatologia psicótica.
Desinibição (DISC)	28 itens	Conduta anti-social.
Emocionalidade Negativa/ Neuroticismo (NEGE)	33 itens	Preocupação, ansiedade, descontrolo emocional, tensão, stresse e nervosismo.
Baixa Emocionalidade Positiva/ Extroversão (INTR)	34 itens	Baixa auto-estima, desesperança e falta de vontade de viver.

Quadro 4. Escalas de Conteúdo do MMPI-2

Designação e Composição das Escalas		Dimensões Avaliadas	Indicadores de Validade
Ansiedade (ANX)	23 itens	Sintomas relacionados com a ansiedade; problemas somáticos; preocupação.	.82 M e .83 F
Medos (FRS)	23 itens	Medos específicos.	.72 M e .75 F
Obsessão (OBS)	16 itens	Pensamento ruminante; comportamentos compulsivos.	.74 M e .77 F
Depressão (DEP)	33 itens	Pensamentos depressivos e suicidas; desinteresse pela vida e desesperança.	.85 M e .86 F
Preocupações com a saúde (HEA)	36 itens	Preocupação com funcionamento do organismo.	.76 M e .80 F
Pensamento Bizarro (BIZ)	23 itens	Funcionamento psicótico.	.73 M e .74 F
Raiva (ANG)	16 itens	Irritabilidade; impaciência; dificuldade no controlo da raiva.	.76 M e .73 F
Cinismo (CYN)	23 itens	Expectativas de motivações negativas por detrás dos comportamentos dos outros.	.86 M e .85 F
Práticas Anti-sociais (ASP)	22 itens	Problemas legais e comportamentais na idade escolar.	.78 M e .75 F
Comportamento Tipo A (TPA)	19 itens	Excessiva orientação para o trabalho.	.72 M e .68 F
Baixa Auto-Estima (LSE)	24 itens	Opiniões negativas sobre si.	.79 M e .83 F
Desconforto Social (SOD)	24 itens	Preferência pelo isolamento social.	.83 M e .84 F
Problemas Familiares (FAM)	25 itens	Problemas relacionais com as famílias.	.73 M e .77 F
Interferência no Trabalho (WRK)	33 itens	Comportamentos e atitudes que aumentam a probabilidade de fraco desempenho profissional.	.82 M e .84 F
Indicadores Negativos de Tratamento (TRT)	26 itens	Atitudes negativas face a profissionais de saúde.	.78 M e .80 F

Nota. A sigla M representa a população normativa masculina e a F representa a feminina

Quadro 5. Escalas Suplementares do MMPI-2

Designação e Composição das Escalas		Dimensões	Indicadores de Validade
Ansiedade (A)	39 itens	Sintomas relacionados com a ansiedade (disforia, falta de energia, pessimismo).	.89 M e .90 F
Repressão (R)	37 itens	Sintomas físicos; super-controlo da emocionalidade; violência reactiva a situações sociais; dominância social.	.67 M e .57 F
Força do Ego (Es)	52 itens	Controlo e resiliência; Predição do sucesso terapêutico.	.60 M e .65 F
Escala de Alcoolismo de MacAndrew (MAC-R)	46 itens	Diferenciação de pacientes psiquiátricos alcoólicos dos <i>não-alcoólicos</i> .	.56 M e .45 F
Responsabilidade Social (Re)	30 itens	Preocupações com valores morais e sociais; valorização do esforço e da auto-disciplina.	.67 M e .61 F
Desajustamento Escolar (Mt)	43 itens	Desajustamento emocional ao meio escolar.	.84 M e .86 F
Perturbação do stresse pós-traumático (PK)	49 itens	Perturbação do stresse pós-traumático.	.85 M e .87 F
Stresse conjugal (MDS)	14 itens	Relações conjugais conflituosas	.65 M e F
Hostilidade (H)	50 itens	Hostilidade, desconfiança e hipersensibilidade.	.86 M e .85 F
Hostilidade Controlada (O-H)	28 itens	Inibições rígidas na expressão de zanga.	.34 M e .24 F
Dominância (Do)	25 itens	Concentração; comportamentos obsessivo-compulsivos; auto-confiança.	.74 M e .79 F
Escala Reconhecimento da Adição (AAS)	13 itens	Reconhecimento de problemas relacionados com o abuso de álcool.	.74 M e F
Escala de Potencial de Adição (APS)	39 itens	Abuso de substâncias actual ou passado, mesmo em situações de negação; previsão de abuso futuro; personalidade anti-social.	Não há coeficientes de consistência interna.
Papel de Género Masculino (GM)	47 itens	Negação de medos de e excessiva emocionalidade; adaptação a interesses e actividades estereotipadamente masculinas.	.67 M e .75 F
Papel de Género Feminino (GF)	46 itens	Admissão de emocionalidade e identificação com a imagem e com actividades estereotipadamente femininas.	.57 M e F

Nota. A sigla M representa a população normativa masculina e a F representa a feminina.

Quadro 6. Subescalas de Harris-Lingoes do MMPI-2

Designação e Composição das Escalas		Dimensões	Indicadores de Validade
D1	32 itens	Depressão subjectiva.	.71 M e .74 F
D2	14 itens	Retardamento psicomotor.	.24 M e .28 F
D3	11 itens	Mau funcionamento físico	.23 M e .29 F
D4	15 itens	Embotamento mental.	.60 M e .63 F
D5	10 itens	Pensamento ruminante.	.63 M e .65 F
Hy1	6 itens	Negação da ansiedade social.	.73 M e .74 F
Hy2	12 itens	Necessidade de afecto.	.64 M e .62 F
Hy3	15 itens	Desconforto físico, fraqueza e cansaço.	.67 M e .73 F
Hy4	17 itens	Queixas somáticas.	.59 M e .68 F
Hy5	7 itens	Inibição da agressão	.17 M e .11 F
Pd1	9 itens	Desarmonia familiar.	.51 M e .57 F
Pd2	8 itens	Problemas com a autoridade.	.31 M e .23 F
Pd3	6 itens	Imperturbabilidade social.	.57 M e .55 F
Pd4	13 itens	Alienação social.	.48 M e .52 F
Pd5	12 itens	Auto-alienação	.62 M e .67 F
Pa1	17 itens	Ideias Persecutórias.	.59 M e .64 F
Pa2	9 itens	Mordacidade.	.39 M e .43 F
Pa3	9 itens	Padrões morais elevados.	.56 M e .57 F

Nota. A sigla M representa a população normativa masculina e a F representa a feminina.

Quadro 6. Continuação

Designação e Composição das Escalas		Dimensões	Indicadores de Validade
<i>Sc1</i>	<i>21 itens</i>	Alienação social.	.66 M e .69 F
<i>Sc2</i>	<i>11 itens</i>	Alienação emocional.	.29 M e .34 F
<i>Sc3</i>	<i>10 itens</i>	Falta do domínio cognitivo do ego.	.66 M e .68 F
<i>Sc4</i>	<i>14 itens</i>	Falta do domínio conativo do ego.	.58 M e .62 F
<i>Sc5</i>	<i>11 itens</i>	Falta de inibição do ego.	.50 M e .56 F
<i>Sc6</i>	<i>20 itens</i>	Experiências sensoriais bizarras.	.64 M e .66 F
<i>Ma1</i>	<i>6 itens</i>	Amoralidade.	.29 M e .32 F
<i>Ma2</i>	<i>11 itens</i>	Aceleração psicomotora.	.53 M e .50 F
<i>Ma3</i>	<i>8 itens</i>	Imperturbabilidade	.43 M e .46 F
<i>Ma4</i>	<i>9 itens</i>	Inflação do ego	.32 M e .48 F

Nota. A sigla M representa a população normativa masculina e a F representa a feminina.

Anexo D – Resultados das escalas do MMPI-2 por Participante e por *Perfil-tipo*

Quadro 1. Resultados das Escalas de Personalidade por Participante

	Nº	<i>AGGR</i>	<i>PSYC</i>	<i>DISC</i>	<i>NEGE</i>	<i>INTR</i>
Grupo A	1	40	<u>72</u>	<u>35</u>	56	54
	2	51	<u>81</u>	60	61	61
	3	<u>36</u>	56	<u>30</u>	64	<u>90</u>
	4	54	<u>88</u>	41	<u>72</u>	56
	5	<u>69</u>	59	<u>31</u>	<u>82</u>	<u>71</u>
Grupo B	6	48	65	42	52	48
	7	48	56	42	54	52
	8	59	59	<u>39</u>	59	50
	9	51	45	49	41	43
	10	59	52	51	52	48
	11	43	49	49	57	54
	12	45	56	<u>33</u>	59	61

Nota. Valores expressos em Resultados *T*. Valores destacados representam valores com significado clínico ($T < 40$ e $T > 65$).

Quadro 2. Resultados das Escalas de Personalidade por *Perfil-tipo*

PT	<i>AGGR</i>	<i>PSYC</i>	<i>DISC</i>	<i>NEGE</i>	<i>INTR</i>
A	50	<u>71</u>	<u>39</u>	<u>67</u>	<u>66</u>
B	50	55	54	53	51

Nota. Valores expressos em Resultados *T*. Valores destacados representam valores com significado clínico ($T < 40$ e $T > 65$).

Quadro 3. Resultados das Escalas de Validade por Participante

	Nº	<i>VRIN</i>	<i>TRIN</i>	<i>F</i>	<i>Fb</i>	<i>Fp</i>	<i>L</i>	<i>K</i>	<i>S</i>
Grupo A	1	61	50	<u>67</u>	<u>87</u>	<u>77</u>	65	43	55
	2	<u>73</u>	65	<u>92</u>	<u>104</u>	<u>94</u>	56	<u>35</u>	42
	3	54	57	<u>76</u>	<u>112</u>	<u>70</u>	<u>78</u>	54	53
	4	61	50	<u>82</u>	<u>92</u>	<u>77</u>	52	<u>37</u>	<u>34</u>
	5	50	50	64	<u>100</u>	41	52	<u>37</u>	<u>36</u>
Grupo B	6	61	50	<u>67</u>	<u>79</u>	<u>84</u>	61	41	47
	7	61	50	58	59	<u>77</u>	<u>70</u>	49	53
	8	57	57	55	<u>71</u>	<u>70</u>	61	<u>33</u>	45
	9	50	57	45	46	48	<u>74</u>	54	57
	10	54	57	42	46	48	61	47	52
	11	<u>73</u>	57	58	55	56	65	43	45
	12	61	65	58	51	56	<u>70</u>	47	47

Nota. Valores expressos em Resultados *T*. Valores destacados representam valores com significado clínico ($T < 40$ e $T > 65$).

Quadro 4. Resultados das Escalas de Validade por *Perfil-tipo*

PT	<i>VRIN</i>	<i>TRIN</i>	<i>F</i>	<i>Fb</i>	<i>Fp</i>	<i>L</i>	<i>K</i>	<i>S</i>
A	60	54	<u>76</u>	<u>99</u>	<u>72</u>	61	41	44
B	60	56	55	58	63	<u>66</u>	45	49

Nota. Valores expressos em Resultados *T*. Valores destacados representam valores com significado clínico ($T < 40$ e $T > 65$).

Quadro 5. Resultados das Escalas Clínicas por Participante

	Nº	<i>Hs</i>	<i>D</i>	<i>Hy</i>	<i>Pd</i>	<i>Mf</i>	<i>Pa</i>	<i>Pt</i>	<i>Sc</i>	<i>Ma</i>	<i>Si</i>
Grupo A	1	<u>66</u>	52	59	50	62	<u>75</u>	<u>72</u>	<u>70</u>	62	63
	2	<u>68</u>	<u>72</u>	<u>66</u>	<u>72</u>	44	<u>68</u>	<u>70</u>	<u>87</u>	<u>72</u>	64
	3	<u>90</u>	<u>114</u>	<u>99</u>	62	62	<u>83</u>	<u>120</u>	<u>101</u>	46	<u>89</u>
	4	59	<u>80</u>	47	52	54	<u>86</u>	53	62	45	<u>67</u>
	5	<u>70</u>	<u>72</u>	59	59	46	61	<u>81</u>	<u>75</u>	59	<u>73</u>
Grupo B	6	48	<u>66</u>	50	64	44	<u>68</u>	51	51	56	48
	7	51	<u>70</u>	59	62	64	<u>72</u>	55	56	53	55
	8	<u>70</u>	<u>74</u>	52	46	<u>36</u>	57	55	56	47	63
	9	<u>66</u>	50	59	57	52	57	47	51	65	<u>34</u>
	10	51	61	45	52	<u>38</u>	<u>37</u>	51	49	59	42
	11	48	54	47	54	48	53	61	45	56	<u>66</u>
	12	<u>70</u>	<u>87</u>	64	<u>72</u>	60	61	<u>81</u>	<u>74</u>	<u>69</u>	59

Nota. Valores expressos em Resultados *T*. Valores destacados representam valores com significado clínico ($T < 40$ e $T > 65$).

Quadro 6. Resultados das Escalas Clínicas por *Perfil-tipo*

PT	<i>Hs</i>	<i>D</i>	<i>Hy</i>	<i>Pd</i>	<i>Mf</i>	<i>Pa</i>	<i>Pt</i>	<i>Sc</i>	<i>Ma</i>	<i>Si</i>
A	<u>71</u>	<u>78</u>	<u>66</u>	59	54	<u>75</u>	<u>79</u>	<u>79</u>	57	<u>71</u>
B	58	<u>66</u>	54	58	49	58	57	55	58	52

Nota. Valores expressos em Resultados *T*. Valores destacados representam valores com significado clínico ($T < 40$ e $T > 65$).

Quadro 7. Resultados das Escalas de Conteúdo por Participante

	Nº	ANX	FRS	OBS	DEP	HEA	BIZ	ANG	CYN	ASP	TPA	LSE	SOD	FAM	WRK	TRT
Grupo A	1	55	<u>77</u>	<u>80</u>	58	<u>66</u>	<u>70</u>	59	44	40	41	55	54	55	59	56
	2	<u>67</u>	57	63	<u>78</u>	<u>74</u>	<u>77</u>	59	<u>71</u>	62	50	<u>80</u>	52	<u>80</u>	<u>68</u>	<u>69</u>
	3	<u>75</u>	<u>87</u>	<u>73</u>	<u>95</u>	<u>80</u>	60	43	51	40	43	<u>83</u>	<u>86</u>	41	<u>79</u>	<u>96</u>
	4	<u>70</u>	<u>67</u>	63	<u>66</u>	60	<u>77</u>	<u>78</u>	<u>71</u>	<u>69</u>	<u>81</u>	59	58	52	<u>76</u>	<u>76</u>
	5	<u>87</u>	60	<u>77</u>	<u>77</u>	<u>70</u>	54	<u>86</u>	<u>68</u>	49	<u>72</u>	53	<u>76</u>	60	<u>76</u>	<u>79</u>
Grupo B	6	60	57	47	<u>75</u>	41	54	48	<u>68</u>	51	48	53	41	55	61	56
	7	60	<u>74</u>	56	63	51	54	50	48	44	44	55	54	<u>66</u>	50	59
	8	62	<u>70</u>	63	<u>66</u>	<u>80</u>	54	63	<u>68</u>	<u>72</u>	<u>72</u>	59	54	47	<u>67</u>	<u>76</u>
	9	<u>39</u>	41	41	53	60	54	46	62	49	<u>32</u>	41	<u>32</u>	41	44	49
	10	55	51	53	59	53	54	56	59	55	60	41	39	44	44	49
	11	55	60	53	56	56	39	48	56	47	46	53	63	44	50	47
	12	65	57	63	<u>71</u>	<u>72</u>	57	50	59	44	50	55	49	50	61	49

Nota. Valores expressos em Resultados *T*. Valores destacados representam valores com significado clínico ($T < 40$ e $T > 65$).

Quadro 8. Resultados das Escalas de Conteúdo por Perfil-tipo

PT	ANX	FRS	OBS	DEP	HEA	BIZ	ANG	CYN	ASP	TPA	LSE	SOD	FAM	WRK	TRT
A	<u>71</u>	<u>70</u>	<u>71</u>	<u>75</u>	<u>70</u>	<u>68</u>	65	61	52	57	<u>66</u>	65	58	<u>72</u>	<u>75</u>
B	57	59	54	63	59	52	52	60	52	50	51	47	50	54	55

Nota. Valores expressos em Resultados *T*. Valores destacados representam valores com significado clínico ($T < 40$ e $T > 65$).

Quadro 9. Resultados das Escalas Suplementares por Participante

	Nº	<i>A</i>	<i>R</i>	<i>Es</i>	<i>Do</i>	<i>Re</i>	<i>Mt</i>	<i>PK</i>	<i>MDS</i>	<i>Ho</i>	<i>O-H</i>	<i>MAC-R</i>	<i>AAS</i>	<i>APS</i>	<i>GM</i>	<i>GF</i>
Grupo A	1	60	63	<u>36</u>	<u>31</u>	60	53	62	65	50	55	<u>39</u>	<u>70</u>	63	<u>30</u>	61
	2	<u>71</u>	63	<u>30</u>	48	42	<u>70</u>	<u>80</u>	<u>74</u>	<u>69</u>	52	64	65	52	<u>34</u>	<u>35</u>
	3	<u>81</u>	<u>83</u>	<u>30</u>	<u>30</u>	63	<u>81</u>	<u>95</u>	65	50	65	41	51	<u>35</u>	<u>30</u>	57
	4	60	52	<u>30</u>	<u>30</u>	<u>34</u>	<u>67</u>	<u>70</u>	60	65	55	60	<u>75</u>	41	<u>30</u>	57
	5	<u>74</u>	50	<u>30</u>	41	57	<u>76</u>	<u>88</u>	<u>79</u>	63	<u>38</u>	60	<u>36</u>	54	<u>30</u>	50
Grupo B	6	65	41	<u>38</u>	45	57	64	63	65	<u>67</u>	48	57	56	52	50	59
	7	54	50	<u>38</u>	41	50	51	60	<u>69</u>	50	58	48	46	46	<u>36</u>	57
	8	<u>70</u>	50	<u>30</u>	<u>30</u>	45	<u>67</u>	63	51	<u>67</u>	48	60	<u>75</u>	54	<u>30</u>	44
	9	43	56	51	45	55	43	43	51	51	<u>76</u>	57	41	41	61	61
	10	51	56	40	48	45	50	58	51	53	52	57	56	49	50	40
	11	61	61	<u>30</u>	<u>31</u>	50	54	62	56	54	52	<u>69</u>	51	<u>73</u>	<u>38</u>	52
	12	63	54	<u>30</u>	<u>31</u>	60	<u>73</u>	<u>77</u>	60	52	52	55	<u>36</u>	41	<u>30</u>	<u>71</u>

Nota. Valores expressos em Resultados *T*. Valores destacados representam valores com significado clínico ($T < 40$ e $T > 65$).

Quadro 10. Resultados das Escalas Suplementares por *Perfil-tipo*

PT	<i>A</i>	<i>R</i>	<i>Es</i>	<i>Do</i>	<i>Re</i>	<i>Mt</i>	<i>PK</i>	<i>MDS</i>	<i>Ho</i>	<i>O-H</i>	<i>MAC-R</i>	<i>AAS</i>	<i>APS</i>	<i>GM</i>	<i>GF</i>
A	<u>69</u>	62	<u>31</u>	<u>36</u>	51	<u>69</u>	<u>79</u>	<u>69</u>	59	53	53	59	49	<u>31</u>	52
B	58	53	<u>37</u>	<u>39</u>	52	57	61	58	56	55	58	52	51	42	55

Nota. Valores expressos em Resultados *T*. Valores destacados representam valores com significado clínico ($T < 40$ e $T > 65$).

Quadro 11. Resultados das Subescalas Clínicas de Harris-Lingoes por Participante

	Nº	<i>D1</i>	<i>D2</i>	<i>D3</i>	<i>D4</i>	<i>D5</i>	<i>Hy1</i>	<i>Hy2</i>	<i>Hy3</i>	<i>Hy4</i>	<i>Hy5</i>	<i>Pd1</i>	<i>Pd2</i>	<i>Pd3</i>	<i>Pd4</i>	<i>Pd5</i>
Grupo A	1	48	43	<u>67</u>	53	57	40	47	<u>66</u>	82	40	65	<u>33</u>	<u>33</u>	56	63
	2	61	59	<u>83</u>	62	<u>68</u>	40	<u>36</u>	<u>84</u>	<u>72</u>	40	<u>71</u>	40	<u>39</u>	<u>77</u>	<u>82</u>
	3	<u>111</u>	<u>98</u>	<u>91</u>	<u>110</u>	<u>91</u>	<u>34</u>	47	<u>106</u>	<u>106</u>	55	45	<u>33</u>	<u>33</u>	<u>66</u>	<u>72</u>
	4	<u>77</u>	48	<u>91</u>	<u>72</u>	<u>68</u>	45	<u>30</u>	<u>75</u>	62	40	<u>38</u>	60	<u>39</u>	<u>66</u>	58
	5	<u>71</u>	43	<u>67</u>	<u>77</u>	<u>74</u>	45	<u>36</u>	<u>70</u>	<u>77</u>	40	51	<u>33</u>	45	61	<u>72</u>
Grupo B	6	61	48	<u>75</u>	53	<u>74</u>	51	40	<u>79</u>	43	48	45	<u>33</u>	45	<u>87</u>	<u>72</u>
	7	64	48	<u>67</u>	53	<u>68</u>	51	55	<u>66</u>	43	55	65	47	45	61	58
	8	<u>66</u>	59	<u>83</u>	58	62	<u>30</u>	<u>36</u>	61	48	48	51	40	33	50	63
	9	45	54	43	48	57	61	55	52	62	<u>33</u>	45	53	63	56	53
	10	56	54	59	53	<u>74</u>	61	43	57	48	<u>33</u>	<u>38</u>	53	57	56	<u>67</u>
	11	50	48	<u>67</u>	53	51	45	43	61	48	55	51	53	<u>39</u>	61	63
	12	<u>85</u>	65	<u>83</u>	<u>82</u>	<u>79</u>	51	<u>32</u>	<u>93</u>	<u>72</u>	40	58	<u>33</u>	45	61	<u>82</u>

Nota. Valores expressos em Resultados *T*. Valores destacados representam valores com significado clínico ($T < 40$ e $T > 65$).

Quadro 12. Resultados das Subescalas Clínicas de Harris-Lingoes por *Perfil-tipo*

PT	<i>D1</i>	<i>D2</i>	<i>D3</i>	<i>D4</i>	<i>D5</i>	<i>Hy1</i>	<i>Hy2</i>	<i>Hy3</i>	<i>Hy4</i>	<i>Hy5</i>	<i>Pd1</i>	<i>Pd2</i>	<i>Pd3</i>	<i>Pd4</i>	<i>Pd5</i>
A	<u>74</u>	58	<u>80</u>	<u>75</u>	<u>72</u>	41	<u>39</u>	<u>80</u>	<u>80</u>	43	54	40	<u>38</u>	65	<u>69</u>
B	61	54	<u>68</u>	57	<u>66</u>	50	43	<u>67</u>	52	45	50	45	47	62	65

Nota. Valores expressos em Resultados *T*. Valores destacados representam valores com significado clínico ($T < 40$ e $T > 65$).

Quadro 13. Continuação dos resultados das Subescalas Clínicas de Harris-Lingoes por Participante

	Nº	<i>Pa1</i>	<i>Pa2</i>	<i>Pa3</i>	<i>Sc2</i>	<i>Sc2</i>	<i>Sc3</i>	<i>Sc4</i>	<i>Sc5</i>	<i>Sc6</i>	<i>Ma1</i>	<i>Ma2</i>	<i>Ma3</i>	<i>Ma4</i>	<i>Si1</i>	<i>Si2</i>	<i>Si3</i>
Grupo A	1	<u>76</u>	55	60	59	59	<u>66</u>	65	<u>82</u>	<u>90</u>	58	58	53	50	65	49	56
	2	<u>100</u>	<u>68</u>	<u>30</u>	<u>76</u>	<u>98</u>	<u>66</u>	<u>82</u>	<u>89</u>	<u>90</u>	42	<u>73</u>	47	<u>69</u>	48	54	<u>80</u>
	3	<u>76</u>	<u>75</u>	51	<u>68</u>	<u>120</u>	<u>96</u>	<u>114</u>	<u>75</u>	<u>70</u>	42	53	41	50	<u>74</u>	<u>71</u>	<u>74</u>
	4	<u>106</u>	55	<u>36</u>	64	59	<u>84</u>	60	<u>75</u>	<u>70</u>	42	44	<u>35</u>	63	62	54	62
	5	58	<u>68</u>	46	<u>68</u>	<u>69</u>	<u>96</u>	<u>76</u>	<u>89</u>	<u>70</u>	50	58	41	<u>69</u>	56	<u>71</u>	<u>71</u>
Grupo B	6	<u>94</u>	<u>68</u>	<u>32</u>	64	<u>69</u>	42	60	54	51	50	44	47	63	45	<u>37</u>	62
	7	<u>76</u>	48	51	<u>68</u>	50	42	44	54	55	50	49	53	56	54	58	53
	8	<u>70</u>	62	<u>32</u>	<u>68</u>	<u>68</u>	54	60	<u>68</u>	<u>70</u>	58	44	47	63	62	45	<u>68</u>
	9	58	48	56	47	50	48	49	54	55	<u>74</u>	53	<u>71</u>	43	<u>39</u>	<u>37</u>	47
	10	46	48	<u>36</u>	43	59	60	55	54	55	50	58	59	56	42	41	53
	11	52	55	46	51	40	48	44	<u>68</u>	55	<u>35</u>	58	47	56	65	62	53
	12	58	55	51	55	<u>78</u>	<u>78</u>	<u>76</u>	61	<u>70</u>	50	63	47	<u>69</u>	48	49	53

Nota. Valores expressos em Resultados *T*. Valores destacados representam valores com significado clínico ($T < 40$ e $T > 65$).

Quadro 14. Continuação dos resultados das Subescalas Clínicas de Harris-Lingoes por *Perfi-tipo*

PT	<i>Pa1</i>	<i>Pa2</i>	<i>Pa3</i>	<i>Sc2</i>	<i>Sc2</i>	<i>Sc3</i>	<i>Sc4</i>	<i>Sc5</i>	<i>Sc6</i>	<i>Ma1</i>	<i>Ma2</i>	<i>Ma3</i>	<i>Ma4</i>	<i>Si1</i>	<i>Si2</i>	<i>Si3</i>
A	<u>83</u>	64	45	<u>67</u>	<u>81</u>	<u>82</u>	<u>79</u>	<u>82</u>	<u>78</u>	47	57	43	60	61	60	<u>69</u>
B	65	55	43	57	59	53	55	59	59	52	53	53	58	51	47	56

Nota. Valores expressos em Resultados *T*. Valores destacados representam valores com significado clínico ($T < 40$ e $T > 65$).